



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Camille MOREAU TAVERNE

soutenu publiquement en juin 2012 :

**L'empathie: une compétence professionnelle
au service de la thérapie langagière**

MEMOIRE dirigé par :
Emmanuelle DECOSTER, orthophoniste, Lille

Lille – 2012

Remerciements

Je remercie Emmanuelle Decoster, ma maîtresse de mémoire pour ses éclairages précieux et opportuns et la liberté qu'elle m'a laissée dans l'exploration de son sujet.

Je remercie également les orthophonistes qui ont accepté de me rencontrer et ont donné généreusement de leur temps pour aborder une thématique peu commune.

Je remercie mes maîtres de stage pour la qualité de leur formation.

J'exprime enfin une infinie reconnaissance à mon mari et ma famille pour leur soutien indéfectible depuis quatre ans.

Résumé :

L'empathie, cette capacité à ressentir et comprendre les émotions et les pensées d'autrui, est une notion de nouveau explorée depuis les années 1990, dans des domaines variés comme la philosophie, la psychanalyse, les sciences sociales, l'imagerie cérébrale. Or, l'orthophoniste, dans sa relation humaine au patient et à sa famille, écoute les plaintes et les ressentis, prend en compte la subjectivité de son interlocuteur afin de comprendre son trouble et adapter son intervention. Nous avons donc cherché à savoir quel rôle les orthophonistes accordent à l'empathie dans leur pratique et s'ils la considèrent comme une compétence professionnelle.

Pour cela, après avoir défini le concept d'empathie au sens large puis dans le domaine du soin et de l'orthophonie, nous présentons les entretiens réalisés auprès de vingt orthophonistes de tous horizons. L'analyse de leur conception et de leur pratique empathique, ainsi que de leur avis sur l'importance et la possibilité d'une formation dans ce domaine met en évidence le fait que l'empathie est considérée comme une compétence professionnelle et qu'une sensibilisation est possible, voire nécessaire, en formation initiale.

Mots-clés :

Orthophonie, Empathie, Formation professionnelle, Relation soignant-soigné, Ecoute, Compréhension, Compétence.

Abstract :

Empathy, this capacity to feel and understand feelings and thoughts of others, is a concept examined again since the 1990s, in various fields like philosophy, psychoanalysis, social science, cerebral imagery. Furthermore speech therapist, in his human relationship with patient and his family, listens complaints and feelings, takes interlocutor's subjectivity into account in order to understand his trouble and adapt his intervention. So we tried to know what rôle speech therapists give to empathy in their practice and if they consider it to be a professional competence.

For this, after defining empathy's concept in large meaning then in care's and speech therapy's field, we present discussions realized with twenty speech therapists from different backgrounds. Analysis of their empathic notion and practice, as their opinion about importance and possibility of a training in this field, reveal that empathy is considered to be a professional competence and that a consciousness-raising is possible, or even necessary, in initial training.

Keywords :

Speech therapy, Empathy, Vocational training, Patient-carer relationship, Listening, Comprehension, Competence

Table des matières

Introduction.....	6
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	10
1.Etymologie et définition de l'empathie.....	11
2.Quelques notions proches de l'empathie.....	12
2.1.Empathie versus sympathie.....	12
2.2.Empathie versus compassion.....	13
2.3.Empathie versus contagion émotionnelle.....	14
3.L'empathie, une notion complexe.....	15
3.1.Empathie cognitive et empathie affective ou émotionnelle.....	15
3.2.L'altruisme: une qualité empathique.....	16
3.3.Les fonctions de l'empathie.....	17
4.Histoire du concept.....	19
4.1.Philosophie.....	19
4.2.Esthétique.....	20
4.3.Psychologie.....	20
4.4.Neurosciences.....	21
4.5.Histoire naturelle et éthologie.....	22
5.Ontogénèse de l'empathie.....	23
5.1.L'éveil empathique du bébé.....	23
5.2.La révolution du 9e mois.....	24
5.3.Le souci de l'autre vers l'âge de 2 ans.....	25
5.4.Théorie de l'esprit ou théorie de la simulation vers 4 ans.....	26
5.5.A l'âge adulte.....	27
6.L'empathie dans le domaine du soin.....	28
6.1.Les apports de l'imagerie cérébrale.....	28
6.2.Un élément constitutif de la relation thérapeutique.....	30
6.2.1.L'empathie dans la relation soignant-soigné.....	30
6.2.2.L'empathie dans la relation orthophoniste-patient.....	32
6.2.2.1.Le cadre de l'empathie en orthophonie.....	32
6.2.2.2.L'empathie: qualité ou compétence?.....	33
6.2.2.3.Les limites de l'empathie: froideur et excès.....	34
6.3.Un outil thérapeutique selon Carl Rogers.....	37
6.3.1.L'authenticité et le non-jugement.....	38
6.3.2.La compréhension empathique.....	38
6.3.3.La reformulation empathique.....	39
7.L'importance de l'empathie dans la prise en charge de certaines pathologies.....	41
7.1.Les pathologies de l'enfant.....	41
7.1.1.Les troubles de l'attachement.....	41
7.1.2.Les troubles du syndrome autistique.....	43
7.1.3.Le jeu comme outil thérapeutique pour développer l'empathie.....	44
7.2.Les pathologies adultes.....	46
7.2.1.Les maladies neurodégénératives.....	46
7.2.2.Les aphasies.....	46
7.2.3.La théorie de la validation de Naomi Feil.....	47
8.Peut-on se former à l'empathie?.....	48
9.Constats, buts et hypothèses.....	52
Sujets, matériel et méthode.....	53
1.Le public retenu pour l'enquête.....	54

2.L'outil méthodologique	54
2.1.Le choix de l'entretien semi-directif.....	54
2.2.Précautions méthodologiques.....	55
3.Trame de l'entretien.....	60
Résultats.....	61
1.L'empathie: consciente ou inconsciente?.....	62
2.Les signes extérieurs de l'empathie, envers les patients et leur entourage.....	64
2.1.Le champ lexical de l'empathie (domaine du verbal).....	64
2.2.Le non-verbal	70
2.3.Accueil, chaleur, sourire.....	72
3.Apport de l'empathie.....	74
3.1.Apport de l'empathie au patient et à son entourage.....	74
3.2.Apport de l'empathie à la prise en charge.....	77
4.La peur d'une empathie excessive.....	79
5.Les variations internes de l'empathie	84
5.1.Fréquence de l'empathie.....	84
5.2.Degré d'intensité de l'empathie.....	85
5.3.La gestion de situations qui font écho à un vécu personnel.....	86
6.L'impact des facteurs extérieurs : variations et blocages de l'empathie.....	88
6.1.Le lieu d'exercice.....	88
6.2.Le type de pathologie.....	89
6.3.La personnalité et le comportement du patient ou de son entourage.....	91
6.4.La gestion du temps	94
6.5.La technique	95
7.L'empathie: innée ou acquise?.....	98
8.Le développement de l'empathie	100
9.L'enseignement de l'empathie.....	104
10.L'empathie: une compétence professionnelle orthophonique?.....	109
Discussion.....	112
1.Principaux résultats et validation des hypothèses.....	113
2.Critiques méthodologiques et difficultés rencontrées.....	113
3.Analyse des résultats.....	115
3.1.Hétérogénéité de la définition.....	115
3.2. Influence du mode d'exercice et du type de pathologies traitées.....	116
3.3.Une expression variable de l'empathie.....	117
3.4.La peur d'une mauvaise gestion de l'empathie.....	118
3.5.L'empathie: une compétence orthophonique.....	120
4.Intérêt pour l'orthophonie.....	121
Conclusion.....	123
Bibliographie.....	126
Liste des annexes.....	130
Annexe n°1 : grille de rapport de stage utilisée jusqu'en juin 2007 en 2e année	131
Annexe n°2 : grille de rapport de stage utilisée jusqu'en juin 2007 en 3e et 4e	131
années.....	131
Annexe n°3 : grille de rapport de stage utilisée depuis septembre 2007 en 2e, 3e	131
et 4e années.....	131
Annexe n°4 : rappels des objectifs des stages actifs de 4e année dans le livret	131
actuel	131

Introduction

De nos jours, les engagements humanitaires, les solidarités de proximité, la sensibilité aux malheurs et l'attention au bonheur des autres sont devenus des préoccupations majeures. Dans les sciences de la nature, la théorie darwinienne de compétition et lutte pour la survie est supplantée par l'importance de l'entraide, la sympathie, la coopération entre les animaux, conditions jugées aujourd'hui fondamentales pour la survie et l'évolution des espèces vivantes. En sciences humaines et sociales, on assiste à un retour en force de l'idée selon laquelle les êtres humains seraient solidaires, à l'écoute des autres. Des intellectuels de tous bords, philosophes, sociologues, psychologues, publient des ouvrages qui comptent parmi leurs titres des mots évocateurs: confiance, empathie, coopération, altruisme, compassion... Ainsi, tout un vocabulaire a envahi notre univers social et mental. Il en va de même en médecine, où le patient recherche le caractère humain et interactif de la relation de soin.

L'empathie, tout particulièrement, connaît un regain d'intérêt grâce aux découvertes en sciences cognitives et à la mise en évidence du rôle de l'imitation dans le développement du bébé. Ainsi, alors qu'elle était tombée en désuétude jusqu'aux années 1990, les recherches sur les fondements de sa morale se multiplient et on verrait en elle la clé, par défaut, de troubles psychiques profonds comme l'autisme. Des chercheurs étudient son évolution au cours de l'enfance, d'autres ses fondements neurologiques. D'autres encore s'intéressent aux pathologies de l'empathie ou se préoccupent de son éducation. Après avoir connu un succès fulgurant dans le langage courant, l'empathie acquiert aujourd'hui ses lettres de noblesse dans le domaine de la recherche, au croisement de la philosophie, de la psychanalyse et des sciences sociales.

Or l'orthophonie, profession paramédicale spécialisée dans la prise en charge du langage troublé et de la communication altérée, est concernée par les pathologies neurologiques et développementales. Elle implique également une part de subjectivité, d'écoute, de prise en compte du patient dans la relation thérapeutique. Pour appréhender un trouble du langage ou de la communication, l'orthophoniste doit comprendre l'importance du vécu de ce trouble par le patient et sa famille, le fonctionnement intellectuel du patient, ce qui se passe en lui pour pouvoir l'aider au mieux. Nous pouvons donc nous poser la question de savoir quelle est la place particulière de l'empathie dans la relation de soin orthophonique. Quels en sont les

signes extérieurs? Qu'apporte l'empathie à la prise en charge? La technique qui rassure, l'appréhension ressentie face à des pathologies très lourdes ne sont-elles pas un obstacle à une attitude empathique du thérapeute? Est-elle pratiquée consciemment ou inconsciemment par les orthophonistes? Comment se développe-t-elle et une formation est-elle possible? Est-ce seulement une attitude personnelle, un trait de personnalité plus ou moins développé ou une compétence professionnelle à part entière, un outil de travail, au même titre que le savoir-faire?

Pour débiter cette recherche, nous nous attacherons tout d'abord à définir la notion d'empathie, en la distinguant de celles qui lui sont proches (sympathie, compassion, contagion émotionnelle et simulation) puis en la développant. La notion est en effet plus complexe qu'il n'y paraît. Enfin nous verrons que l'empathie a d'autres fonctions que celle de connaître les émotions d'autrui.

Pour mieux comprendre toute la portée actuelle de l'empathie, nous exposerons ensuite l'histoire du concept, qui a traversé différents domaines pendant plusieurs siècles: philosophie, esthétique, psychologie et éthologie. Suivra l'ontogénèse de l'empathie chez l'enfant en quatre étapes majeures, qui témoignent de son caractère inné et de l'existence de différents degrés de compréhension des émotions d'autrui.

Nous étudierons ensuite l'empathie dans sa relation avec le monde du soin. Après avoir considéré tout d'abord l'apport de l'imagerie cérébrale, nous montrerons que l'empathie est un élément constitutif de la relation soignant-soigné en général puis plus particulièrement en orthophonie: réflexions sur guidance et accompagnement parental, sur l'empathie comme qualité ou compétence orthophonique, sur les limites de l'empathie. Enfin nous exposerons l'approche relationnelle de Carl Rogers qui fait de l'empathie un véritable outil thérapeutique.

Il s'agira ensuite de présenter certaines pathologies pour lesquelles l'empathie de l'orthophoniste est particulièrement importante, chez l'enfant puis chez l'adulte, en expliquant notamment comment le jeu, avec les jeunes patients, peut être un véritable outil de développement de l'empathie et en présentant la théorie de la validation de Naomi Feil, qui aide à entrer en communication avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer grâce à une approche empathique.

En dernier lieu, on se posera la question de savoir s'il est possible de former les orthophonistes, et d'autres professionnels de santé, à l'empathie.

Nous formulerons ensuite les objectifs de ce mémoire et présenterons la méthode de recherche choisie pour les atteindre. Afin de mettre à jour la place de l'empathie dans la pratique orthophonique et dresser un état des lieux des représentations qu'en ont les thérapeutes du langage, nous avons fait le choix de l'entretien semi-directif, et présenterons les modalités de l'enquête qui s'est déroulée auprès de vingt orthophonistes de tous horizons. En les interrogeant sur leur pratique, nous essaierons de voir dans quelle mesure elle peut être un outil thérapeutique capable d'apporter une aide à la prise en charge des troubles du langage et de la communication, quels en sont les obstacles, s'il est possible d'associer technicité et relation empathique, si elle s'apprend ou non. In fine, l'objectif est de déterminer si l'empathie peut légitimement être considérée comme une compétence professionnelle ou non.

Le contenu des entretiens sera présenté en faisant ressortir, pour chaque thème abordé ou question posée, les idées principales en ordre de fréquence d'apparition dans le discours des orthophonistes, accompagnées des citations les plus pertinentes et d'un commentaire clôturant chaque point.

La discussion qui suivra fera état de la synthèse de cette enquête. Après avoir évoqué les principaux résultats et les difficultés méthodologiques rencontrées, nous analyserons les résultats en dégagant cinq idées majeures qui permettent de déterminer in fine si l'empathie est une compétence professionnelle orthophonique.

Contexte théorique, buts et hypothèses

Si nous connaissons le mot « empathie », nous n'avons parfois qu'une vague idée de son sens ou alors nous le comprenons sans pouvoir vraiment l'expliquer. Par ailleurs, ce concept existe depuis plusieurs siècles et a beaucoup migré d'une discipline à une autre. C'est pourquoi il est indispensable d'éclaircir cette notion en vérité complexe avant d'aborder les liens entre empathie, monde médical et orthophonie.

1. Etymologie et définition de l'empathie

Le mot empathie vient du grec ancien ἐν « dans, à l'intérieur » et πάθος « souffrance », « ce qui est éprouvé ». C'est une notion complexe désignant le mécanisme par lequel un individu peut « comprendre » les sentiments et les émotions d'un autre individu, voire dans un sens plus général, ses états mentaux non-émotionnels, comme ses croyances, sa pensée, ses gestes. C'est ainsi que les amoureux peuvent si bien s'entendre sans se parler et la maman apporter à son bébé ce qu'il attend alors qu'il ne parle pas encore.

L'empathie est en effet inhérente à l'espèce humaine et à la base des mouvements de solidarité. Elle est même indispensable au bon fonctionnement d'une société et son absence ou déficit explique la cruauté au quotidien et en temps de guerre. Certaines espèces animales en sont dotées également: les mammifères sociaux tels que les éléphants, les chimpanzés, les bonobos mais aussi des mammifères marins comme les dauphins ou les baleines, qui s'entraident pour sauver la vie de leurs congénères.

La définition courante de la notion d'empathie évoque une faculté ou disposition psychique qui permet de se mettre « à la place » d'autrui pour le comprendre.

Mais cette définition, largement utilisée lorsqu'il s'agit de définir l'empathie, est ambiguë car elle signifie littéralement prendre la place, envahir l'espace, savoir et faire pour l'autre en fonction de nos propres expériences, empêchant ainsi l'autre de se construire. Or il n'est pas question de cela dans l'empathie. Au contraire, elle nécessite de rester à sa place, elle rejette donc l'identification ou la fusion, qui ne conservent pas le recul nécessaire. Si on ne fait plus qu'un avec l'autre, on n'est plus en mesure de le comprendre véritablement, ni de l'aider. Et il semble d'ailleurs impossible de se mettre à la place par exemple d'une femme violée, d'un ancien

combattant ou d'un orphelin, quand on n'a pas connu soi-même de telles situations. En d'autres termes, « l'empathie est l'art double de la plus grande proximité et de la distance sacrée » (Bobin, 2001). De plus si on peut s'identifier à un héros de dessin animé ou de roman, l'empathie nécessite en revanche de reconnaître à l'autre la qualité d'être humain. Enfin on peut s'identifier à quelqu'un sans le regarder et sans même qu'il s'en aperçoive, quand on donne par exemple un pourboire à un serveur parce qu'on se dit qu'à sa place on apprécierait. L'identification est donc unilatérale, alors que nous verrons que l'empathie est réciproque.

Dans l'empathie il s'agit donc de ressentir et se représenter les émotions et les sentiments d'autrui (et de soi-même), en adoptant le point de vue de l'autre et tout en restant soi-même. C'est sur ces trois éléments principaux que se joue la distinction de l'empathie avec la sympathie, la compassion et la contagion émotionnelle, distinctions que nous allons développer maintenant.

2. Quelques notions proches de l'empathie

2.1. Empathie versus sympathie

C'est certainement avec la sympathie que l'empathie est la plus souvent confondue, ne serait-ce que par leur proximité étymologique. Dans les deux mots le radical « pathie » signifie « éprouver les mêmes sentiments ». Mais le préfixe grec « sym », qui signifie « avec » exprime à lui seul toute la nuance et le psychanalyste Serge Tisseron l'utilise pour illustrer la distinction entre les deux. « L'empathie c'est la capacité à s'acclimater au paysage intérieur de l'autre, sans forcément y adhérer, se réjouir pour l'autre par exemple; alors que la sympathie c'est se réjouir avec l'autre, dans une adhésion au système de valeurs de l'autre » (2010a). La sympathie renvoie ainsi dans son acception courante à la participation à des sentiments, souvent positifs, et s'apparente à l'affinité morale, l'amitié, l'inclination, la cordialité. Peter Vermeulen, docteur en Psychologie et en Sciences de l'éducation la définit ainsi: « Au fond, la sympathie est une émotion basique relative au domaine de l'ambiance des sentiments (...) Il s'agit d'un sentiment communicatif. » (2006, p. 61). Pensons au nom « sympathisant », qui désigne une personne qui partage les valeurs, les objectifs et les idéaux de quelqu'un ou d'un groupe.

Elisabeth Pacherie, chargée de recherche CNRS en philosophie, précise même: « l'empathie peut certes nourrir la sympathie, mais cette dernière n'est pas une conséquence nécessaire de la première. L'empathie peut fort bien se passer de motifs altruistes » (2004, p. 150). Cette distinction est importante dans le domaine du soin car elle indique que empathie et sympathie sont indépendantes l'une de l'autre: l'empathie est possible envers tous les patients, même ceux pour lesquels le soignant n'aurait pas développé de sympathie particulière. A l'inverse, un soignant très sympathique avec ses patients peut manquer d'empathie à leur égard. C'est aussi exactement ce qu'exprime Gérard Jorland: on peut « être empathique sans éprouver de sympathie de même qu'on peut avoir de la sympathie sans être empathique » (2004, p. 20/21). Elisabeth Pacherie cite également Wispé, qui fait un résumé très simple: « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. » (1986, p. 318).

Pour résumer, nous pouvons citer Jean Decety, professeur de neurosciences sociales à l'université de Washington, qui oppose les deux notions autour de trois caractéristiques: l'empathie est un « processus volontaire (...) émotionnellement neutre (...) impliquant un élément cognitif » (2004, p. 57) alors que la sympathie est involontaire, émotionnellement non neutre et impliquant seulement un composant affectif. Nous voyons ici à quel point l'empathie correspond bien à une attitude professionnelle de neutralité, d'objectivité, de contrôle des émotions, qui est requise dans le domaine du soin. Ainsi les deux concepts, ne différant que par leur préfixe, révèlent finalement des nuances de sens importantes.

2.2. Empathie versus compassion

La compassion, mot tiré du latin chrétien, a exactement le même sens étymologique que la sympathie, mais se situe plutôt du côté des sentiments négatifs, se traduisant donc par la sensibilité à la souffrance d'autrui, la miséricorde, la pitié¹. On pourrait donc distinguer empathie et compassion en se fondant, comme Serge Tisseron, sur l'étymologie: on compatit en étant triste avec la personne alors qu'on est empathique quand on est triste pour elle. Là encore, on peut éprouver de l'empathie sans compassion. En effet on peut comprendre le chagrin que quelqu'un éprouve sans pour autant le partager.

¹ Le mot sympathie dans son acception grecque est également synonyme de compassion.

De plus, selon Serge Tisseron (2010b), la compassion est inséparable de l'idée de victime et du fait de prendre sa défense contre une force hostile, voire une agression humaine. De ce fait elle s'accompagne parfois d'un sentiment de supériorité et fait peu de place à la réciprocité, si importante dans l'empathie. Dans le monde du soin, non seulement la compassion du soignant révèle une trop grande implication émotionnelle mais ce n'est pas une attitude aidante.

2.3. Empathie versus contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle, qui se définit comme la propagation d'une émotion d'un individu à d'autres, se caractérise selon Elisabeth Pacherie par « une forme d'indifférenciation entre soi et autrui » (2004, p. 149) alors que la distinction soi/autrui est préservée dans l'empathie, la sympathie et la compassion.

Le bébé, tout particulièrement, ressent très fortement les sentiments d'autrui parce qu'il est une véritable éponge émotionnelle, capable d'imitation, mais sans distinction entre ses états mentaux et ceux d'autrui. Il s'agit donc plutôt de contagion, ou de pré-empathie selon Serge Tisseron, parce qu'elle est précurseur de l'empathie véritable. Mais nous expliquerons plus loin l'ontogénèse de l'empathie.

La contagion émotionnelle ne concerne pas que le bébé. Elle existe aussi dans le contexte particulier des phénomènes de foule. Dans ce cadre, la contagion des émotions se fait de façon incontrôlée, comme s'il y avait une « abolition momentanée de la distinction des moi individuels confondus en un moi collectif » (Pacherie, 2004, p. 149). C'est ainsi qu'on peut irrésistiblement être fasciné par un défilé harmonieux de régiments et avoir envie de le suivre, parce que le mécanisme mental archaïque de la contagion émotionnelle subsiste en chacun de nous.

En conclusion, toutes ces notions proches partagent un ou plusieurs éléments alors que l'empathie les requiert toutes en même temps. En effet elle implique le partage affectif, la flexibilité mentale pour adopter le point de vue de l'autre, la régulation émotionnelle qui permet d'identifier et se représenter les émotions de soi et d'autrui, l'ensemble reposant sur la conscience de soi. Aucune de ces composantes ne peut à elle seule rendre compte de l'empathie, qui est donc une notion particulièrement complexe.

3. L'empathie, une notion complexe

L'empathie ne se résume pas à la définition courante délivrée plus haut. Nous avons déjà précisé que l'empathie nécessitait une certaine distance avec l'autre, mais il existe encore d'autres aspects à développer et qui rendent compte de sa richesse.

3.1. Empathie cognitive et empathie affective ou émotionnelle

Nous avons vu précédemment que l'empathie est la faculté de comprendre les émotions d'autrui. Mais que veut dire « comprendre »? Est-ce synonyme de « ressentir »? Des recherches récentes ont permis d'établir une distinction entre les deux. Des théoriciens, comme Eisenberg et Strayer (1987) ont ainsi été amenés à distinguer l'empathie cognitive de l'empathie affective.

En effet l'empathie a deux visages: d'une part elle nous permet d'avoir une représentation du fonctionnement mental et affectif de nos interlocuteurs, de nous faire une idée de leurs expériences (empathie cognitive); d'autre part elle fait entrer en résonance avec leurs états sensoriels et émotionnels (empathie affective). Et ces deux aspects ne sont pas forcément liés.

Serge Tisseron illustre bien la notion d'empathie cognitive dans son dernier ouvrage en partant d'une séquence du film *Inglourious Basterds*, de Quentin Tarantino, sorti en 2009. Il rend compte des propos d'un officier nazi qui explique pourquoi on l'a surnommé « chasseur de Juifs »: « Pour lui, chasseur veut dire d'abord détective. Un détective qui, pour trouver ses victimes, doit être capable de penser comme elles, un peu comme un chat s'identifie de temps à autre à la souris qu'il chasse pour anticiper ses réactions. [...] En effet, comment comprendre de quelle façon raisonne un rat quand on s'imagine être un aigle? [...] Il s'agit seulement de comprendre que les Juifs pourchassés sont dans la situation de ces animaux innocents qui doivent apprendre à ruser pour survivre » (2010b, p. 17). Cet officier est capable tour à tour de comprendre les Juifs en se mettant à leur place et de les exécuter froidement une fois qu'il les a trouvés, parce qu'il ne fait preuve que d'empathie cognitive.

De même les bourreaux professionnels ne peuvent accomplir leur travail que parce qu'ils laissent de côté leur empathie affective. Les psychopathes sadiques,

eux, aiment voir souffrir, donc ils comprennent les émotions des autres mais ne les partagent pas. L'empathie cognitive poussée à l'extrême s'apparente alors à de la manipulation. Mais, excepté ces cas très spécifiques, l'empathie cognitive se révèle très utile car elle permet de déchiffrer la signification de nombreuses situations sociales en observant finement et en comprenant la manière dont chacun s'y situe.

A l'inverse, on fait preuve d'empathie affective quand on éprouve la même émotion ou une émotion proche de celle de quelqu'un d'autre, comme la peur, la douleur ou le plaisir. Les femmes manifestent souvent plus de capacités dans ce domaine que les hommes. Mais rappelons-nous qu'il faut conserver une certaine distance avec l'autre, ne pas s'identifier pour rester dans l'empathie. Une sensibilité excessive permet certes d'éprouver les mêmes sentiments que l'autre mais elle peut aussi être un handicap parce qu'on ne raisonne plus par soi-même, on se laisse submerger par les émotions. C'est le risque qui pèse sur le personnel qui gravite autour de patients lourdement handicapés ou en phase terminale de leur maladie par exemple. Ces professionnels de santé doivent développer des stratégies pour trouver la bonne distance, être à l'écoute des patients sans s'engager émotionnellement.

Les deux empathies peuvent s'équilibrer chez une même personne, ou l'une peut définitivement dominer l'autre, selon l'environnement et les expériences vécues.

3.2. L'altruisme: une qualité empathique

Si l'on cherche à comprendre les émotions d'une personne, c'est parce qu'on est intéressé par elle, on cherche à l'aider par nos réponses, notre écoute. La préoccupation de l'autre, qui mobilise les comportements d'entraide, est une dimension complémentaire de l'empathie selon Serge Tisseron. Cette volonté d'aider et de protéger ses semblables, qui prend racine dans la philosophie morale européenne du XVIII^e siècle, est même parfois considérée comme la marque de l'empathie véritable.

Par ailleurs, des recherches ont été menées par l'équipe de Batson sous l'hypothèse « empathie-altruisme » (1981). Des personnes ont été mises en situation de venir en aide à quelqu'un en pouvant se dérober facilement ou difficilement. Le résultat est que les personnes qui ressentent une détresse en retour, par sympathie, auront tendance à secourir le sujet lorsqu'il leur est difficile de faire autrement mais ne le feront pas s'il leur est possible de se dérober, mettant alors en place un comporte-

ment de type égoïste. En revanche les personnes empathiques auront tendance à aider autrui aussi bien dans un cas que dans l'autre. Le résultat des expériences répétées a confirmé que l'empathie suscite une motivation altruiste, sauf dans le cas particulier de l'empathie cognitive d'un manipulateur.

3.3. Les fonctions de l'empathie

La richesse de l'empathie réside aussi dans le fait d'avoir plusieurs fonctions.

Jusqu'ici on a mis l'accent sur son rôle de connaissance des émotions d'autrui. Mais ce n'est pas sa seule utilité. L'empathie peut aussi être un vecteur de transmission de connaissances sur le monde. En effet elle nous informe qu'un événement est surprenant, nous permet de savoir si une chose est dangereuse ou non, sans que nous ayons besoin d'en faire nous-mêmes l'expérience. Il suffit pour cela d'observer les autres et de comprendre les émotions qu'ils ressentent. Cette aptitude se développe très tôt chez l'enfant, qui saura par exemple qu'une flamme est dangereuse par la peur qu'éprouvent ses parents quand il s'approche trop près d'elle.

Une autre fonction de l'empathie, qu'Elisabeth Pacherie développe dans l'ouvrage collectif *L'Empathie*, a trait aux normes sociales. En effet celles-ci nous sont révélées par les attitudes d'approbation ou de désapprobation d'autrui envers notre conduite. Or pour prendre conscience des normes sociales et les intérioriser, il faut faire preuve d'empathie: être sensible à l'émotion éprouvée par autrui, au fait que nous sommes l'objet de cette émotion et ressentir une émotion sur nous-mêmes en retour. L'empathie permet alors de mieux nous connaître en éprouvant des émotions dites « sociales » comme la fierté, la honte, la culpabilité. « L'empathie n'est donc pas seulement un instrument de connaissance des émotions d'autrui; c'est aussi un instrument de construction de soi en tant qu'être social pris dans un réseau de normes » (2004, p. 181). Ainsi, alors que les philosophes définissent plutôt l'empathie comme une compétence morale, les anthropologues la considèrent avant tout comme une compétence sociale, qui témoigne d'une bonne adaptation aux autres, d'une intégration réussie au sein d'un groupe puisque la personne empathique serait soucieuse de ce que les autres pensent d'elle.

Quant à Serge Tisseron, il utilise le schéma d'une pyramide à trois niveaux afin d'expliquer les différentes fonctions de l'empathie. Pour lui l'empathie véritable et

complète est constituée de trois éléments. Le premier niveau reprend les éléments que nous avons déjà présentés. Il consiste à comprendre le point de vue de l'autre et ce qu'il ressent par identification mais sans se mettre totalement à sa place: c'est une résonance qui s'établit entre ce que pensent et éprouvent deux interlocuteurs. Ce premier niveau recouvre les notions d'empathie cognitive et émotionnelle et permet l'altruisme. Le deuxième niveau est celui de la reconnaissance mutuelle (« j'accepte que l'autre se mette à ma place ») qui fonde la réciprocité et concerne la qualité émotionnelle de la relation. On perçoit les autres comme des être sensibles au même titre que nous et non pas comme de simples choses. On accepte ainsi de faire de l'autre un partenaire d'interactions émotionnelles et motrices. Le dernier niveau, l'intersubjectivité (« j'accepte qu'autrui me fasse me découvrir à moi-même »), consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des parties de moi-même que j'ignore. Il résume ainsi sa vision de l'empathie complète dans une émission radiodiffusée: « s'acclimater au paysage intérieur de l'autre et accepter de se laisser transformer » (2010a). Il ne s'agit donc pas seulement de se mettre à la place de l'interlocuteur et de se laisser affecter par ce qui le touche mais d'accepter aussi que l'interlocuteur lui-même se mette à notre place et nous y questionne de façon à nous enrichir de son point de vue sur nous. « L'autre nous révèle à nous-même et nous le révélons à lui. C'est une relation dynamique et réciproque » (2010b, p. 54). Pour cet auteur, il est important de parler d'empathie en termes de réciprocité et d'échange, alors qu'on la réduit souvent à l'ouverture et la réceptivité. Cette conception est tout à fait valable dans les relations familiales et amicales mais beaucoup moins dans la relation soignant-soigné où l'empathie est souvent unilatérale pour au moins deux raisons: le soignant livre peu de lui-même afin de garder la distance nécessaire et le patient, souffrant, préoccupé par sa maladie ou son trouble, n'est pas ou très peu en mesure de s'intéresser au personnel qui gravite autour de lui.

L'empathie se révèle donc être bien plus qu'une compréhension des émotions de l'autre. Elle permet la transmission de connaissances sur le monde, l'apprentissage de normes sociales et l'instauration de relations faites de réciprocité et d'échange. Comme la richesse actuelle de la notion d'empathie tient au fait qu'elle est étudiée par différentes disciplines, nous allons maintenant retracer le parcours historique du concept, qui traverse des domaines variés dans un va-et-vient incessant depuis deux siècles et demi.

4. Histoire du concept

L'histoire du concept proposée dans l'ouvrage collectif déjà cité *L'Empathie* nous rappelle son aspect nomade. En effet il n'a cessé de migrer d'une discipline à une autre, parfois au sein d'une même époque. Tour à tour fondement des sentiments moraux, esthétiques, voire sociaux, fondement psychologique du rapport à autrui et à l'objet, nous le présenterons donc selon chacune des disciplines majeures qu'il a traversées: philosophie, esthétique, psychologie, neurosciences et éthologie.

4.1. Philosophie

C'est Adam Smith, philosophe et économiste écossais du XVIII^e siècle, qui introduit la réflexion contemporaine sur le phénomène de l'empathie, mais ce n'est pas lui qui en crée le nom. En effet, dans son célèbre ouvrage intitulé *Théorie des sentiments moraux*, il affirme que l'individu partage les sentiments d'autrui par un mécanisme de « sympathie », qu'il décrit ainsi: « comme nous n'avons aucune expérience immédiate de ce que les autres hommes ressentent, nous ne pouvons nous faire aucune idée de la manière dont ils sont affectés, sinon en concevant ce que nous ressentirions nous-même dans une pareille situation » (1759a, p. 9). Il s'agit bien en réalité ici de la définition de l'empathie, que Smith considère comme étant le fondement des sentiments moraux. Puisque l'homme a en lui le désir de plaire et la répugnance à offenser ses frères humains, il cherche l'approbation d'autrui, qui est la réciproque de l'empathie. Toutes deux déclenchent des sentiments moraux, comme la maîtrise de soi pour obtenir la première et la bienveillance pour éprouver la seconde. Pour le philosophe, c'est le regard d'autrui, grâce à la régulation des comportements qu'il engendre, qui permet l'existence de la société.

La vision d'Adam Smith éclaire le rapprochement empathie/altruisme dont on a parlé précédemment puisqu'il affirme: « Aussi égoïste que l'homme puisse être supposé, il y a évidemment certains principes dans sa nature qui le conduisent à s'intéresser à la fortune des autres et qui lui rendent nécessaire leur bonheur, quoiqu'il n'en retire rien d'autre que le plaisir de les voir heureux. » (1759b, p. 23; cité par Fournier M. 2011, p. 35). On relit aujourd'hui ce philosophe davantage pour cet ouvrage que pour *La richesse des nations*, qui lui avait valu d'être considéré comme le père de l'économie moderne.

Kant a ensuite repris le concept smithien de sympathie pour en faire une de ses maximes du sens commun. En effet après « penser par soi-même », la deuxième maxime énonce: « penser du point de vue de n'importe qui d'autre ». Le but de la démarche est de réussir à adopter un point de vue universel, qui ne peut être atteint qu'en se mettant à la place des autres. Cette deuxième maxime est la maxime du jugement, notamment du jugement esthétique: c'est à partir de la vision de Kant que le concept d'empathie est devenu la clé de voûte de l'esthétique allemande.

4.2. Esthétique

Le terme « empathie » a été créé en allemand (« Einfühlung », « ressenti de l'intérieur ») par le philosophe Robert Vischer (1847-1933) autour des années 1870 pour désigner l'empathie esthétique, le mode de relation d'un sujet avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens.

C'est ensuite le philosophe allemand Theodor Lipps, essentiellement connu pour ses travaux sur l'empathie, qui a développé le concept pour en faire le fondement de l'esthétique au tournant du XX^e siècle. Dans ses premiers écrits, l'empathie désigne le processus par lequel un observateur se projette dans les objets qu'il perçoit. Par exemple dans l'art abstrait, le spectateur doit se représenter la forme que se représentait le peintre qui ne lui en a donné que quelques traits pertinents. L'empathie est donc « objectivation de soi », parce qu'elle consiste à projeter dans l'objet contemplé des émotions et des sensations qui lui donnent sens. C'est cette expérience du « sentir dans la chose » que Theodor Lipps appelle « Einfühlung » dans son *Esthétique* (Lipps 1903, cité par Berthoz, Jorland 2004).

4.3. Psychologie

Plus tard, Lipps introduit la dimension affective dont héritera notre conception moderne : l'Einfühlung caractériserait le mécanisme par lequel l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné déclencherait de façon automatique ce même état émotionnel chez un observateur.

Il fait ainsi passer l'empathie de l'esthétique à la psychologie, avec pour nouveauté de prendre en compte la sensori-motricité. Il utilise pour cela l'équivalent grec « empathia », qui désigne le fait de consacrer une forte attention à quelqu'un. Ainsi, à l'idée d'imiter les gestes et les attitudes de l'autre en le saisissant de l'intérieur,

s'est ajoutée l'idée de ressentir ses émotions comme s'il s'agissait des nôtres. Pour expliquer ce phénomène, il nous invite à imaginer ce qui se passe quand on regarde un équilibriste. Nous entrons dans son corps à tel point que, s'il se déséquilibre, nous craignons de tomber avec lui. L'instinct d'imitation postulé par Lipps est intéressant parce qu'il rappelle que l'on est « en » l'empathie parce que l'on a avant tout un corps, des sensations.

Curieusement l'empathie sera longtemps presque oubliée par la psychologie scientifique et la question de l'accès à la vie mentale d'autrui ne sera que posée que récemment, sous la forme de la « théorie de l'esprit », qui préparera la « redécouverte » de l'empathie par les neurosciences.

4.4. Neurosciences

La dernière période importante qui rend compte de l'évolution du concept d'empathie se situe à la fin du XX^e siècle. Après la philosophie et la psychologie, les neurosciences s'interrogent sur les propriétés mentales et cérébrales qui assurent la représentation de l'esprit par l'esprit, l'intersubjectivité. Pour Jean Decety, « l'empathie se caractérise par deux composantes primaires: 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne » (2004, p. 57). Cette définition, qui rejoint la distinction entre les empathies cognitive et affective d'Eisenberg et Strayer, est proche de la façon dont elle est décrite dans les écoles psychothérapeutiques, où elle désigne la capacité de s'immerger dans le monde subjectif d'autrui à partir des éléments fournis par la communication verbale et non-verbale. L'empathie permet alors au thérapeute de participer de façon aussi intime que possible à l'expérience du patient tout en demeurant émotionnellement indépendant.

Jean Decety avance ainsi l'idée que l'empathie est un puissant moyen de communication interindividuelle et l'un des éléments clés dans la relation thérapeutique. Il propose un modèle multidimensionnel de l'empathie dont la résonance affective, la flexibilité mentale pour pouvoir adopter le point de vue subjectif d'autrui, la régulation des émotions constituent les composantes de base, elles-mêmes modulées par des processus motivationnels et attentionnels et sous-tendues par des systèmes neuro-cognitifs. On peut, à partir de ce modèle fonctionnel, prédire des trou-

bles de l'intersubjectivité et de l'empathie distincts selon que l'un ou l'autre des composants est endommagé ou non opérationnel.

La plupart des réflexions actuelles sur l'empathie s'appuient essentiellement sur des travaux empiriques réalisés dans les sciences du comportement et du cerveau, chez l'homme mais aussi chez l'animal.

4.5. Histoire naturelle et éthologie

Nous avons déjà rappelé que l'empathie n'est pas une prérogative humaine. Elle plongerait ses racines dans un processus évolutif lointain lié à la sélection naturelle, qui aurait développé la capacité d'empathie pendant les deux cents millions d'années qu'a duré l'évolution des mammifères. La composante de base de l'empathie, la communication des émotions, est présente dans de nombreuses espèces animales. Darwin a été le premier à décrire les processus émotionnels chez l'animal et chez l'homme et à proposer une continuité des mécanismes entre les espèces. Il a ainsi fait de l'empathie le fondement des sentiments et comportements sociaux.

Les primates, plus proches de nous, ont fait l'objet de multiples études et expériences depuis les années 1960 afin d'évaluer leur empathie. Par exemple, on étudie la façon dont ils réagissent à la souffrance de l'autre, transmettent les informations et suscitent des comportements sociaux adaptés. Il semblerait que seuls les grands singes consolent spontanément les victimes d'une agression. Quant aux dauphins, ils ont des comportements altruistes et la capacité de se reconnaître dans un miroir, deux éléments indispensables à l'empathie.

Mais il manque à ces animaux évolués une caractéristique essentielle de l'empathie: la prise de perspective de la subjectivité de l'autre, plus contrôlée et intentionnelle. Jean Decety explique que « seul Homo sapiens serait doté de cette capacité de mentalisation, c'est-à-dire de considérer soi et autrui comme des êtres dont le comportement est causé par des états mentaux qui peuvent être similaires ou différents. » (2004, p. 63/64).

Aujourd'hui la notion d'empathie demeure très fortement liée à la philosophie de Smith car on la considère communément comme le fondement du sentiment moral. Les recherches des neurosciences s'appuient beaucoup sur les avancées médicales et trouvent un domaine d'application privilégié dans la relation thérapeutique. L'histoire naturelle et l'éthologie montrent que l'empathie s'est renforcée avec l'évolu-

tion des espèces et confirment le caractère inné de l'empathie, que nous allons développer maintenant à travers son ontogénèse.

5. Ontogénèse de l'empathie

Pour comprendre comment l'empathie se met en place chez l'enfant, il faut revenir à sa définition première: la capacité à comprendre les émotions ou sentiments d'autrui. En fait cette compréhension a différents degrés, qu'Elisabeth Pachecurie explique ainsi: « comprendre que telle personne est triste n'est pas encore comprendre ce qui la rend triste et encore moins pourquoi cela précisément la rend triste » (2004, p. 151). Nature, objet et raison sont les trois degrés de la compréhension empathique, qui apparaissent l'un après l'autre dans le développement de l'enfant. L'ontogénèse de l'empathie permet aussi de comprendre à quel point la connaissance d'autrui naît dans les interactions précoces. Nous allons voir qu'une attitude intersubjective ou empathique innée destine le psychisme du bébé à se représenter l'autre et son activité mentale.

5.1. L'éveil empathique du bébé

Pour pouvoir en premier lieu identifier l'émotion éprouvée par autrui, il faut des indices, qui sont essentiellement les expressions faciales et vocales. Or le bébé est une véritable éponge émotionnelle capable d'imiter totalement les sensations et les émotions de l'adulte, tout comme il imite un acte qu'il voit faire. Chacun peut faire l'expérience de tirer la langue à un bébé et de voir celui-ci nous tirer la langue en retour. Ainsi l'imitation, instinct inné, joue un rôle important dans la mise en place de l'éveil empathique, qui prend appui sur le corps, comme l'ont montré les travaux de Lipps. Ainsi les observations actuelles sur les relations précoces d'un bébé et de son environnement confirment cette approche.

Comme cette forme d'empathie n'est contrôlée par aucune inhibition, certains préfèrent parler de contagion émotionnelle. En fait il serait plus juste d'appeler ce comportement de base du bébé « éveil empathique », « pré-empathie » ou encore « empathie primaire affective ». Car il ne faut pas oublier le caractère précurseur de l'empathie proprement dite contenu dans l'attitude du nourrisson. En effet des études

menées à la fin du XX^e siècle démontrent que le nouveau-né humain possède déjà deux aspects essentiels de l'empathie: le partage d'émotions avec les personnes auxquelles il peut s'identifier et la distinction entre soi et autrui. Car le bébé ne pleure ni en réponse aux pleurs d'un bébé chimpanzé, ni à ceux de bébés plus âgés, ni à leurs propres pleurs enregistrés (Martin, Clark, 1987; cité par Berthoz A. et Jorland G., 2004).

D'autres études ont ensuite montré que très rapidement, avant l'âge de trois mois, les bébés sont capables de discriminer les expressions de joie, de tristesse, de surprise. Ils aiment s'engager dans des proto-conversations émotionnellement chargées avec leur entourage, de préférence leur maman. Leurs interactions passent par des vocalises, des mimiques qui expriment et partagent avec l'adulte des émotions de base. Ainsi dès la naissance, l'interaction adulte-bébé est caractérisée par la recherche d'un partage de représentations mentales et par la création d'une activité psychique commune.

L'identification des émotions d'autrui, qui constitue le premier degré de l'empathie, passe donc par l'imitation. Mais cette pré-empathie dure peu de temps. Très vite le bébé devient capable d'inhiber ses réponses émotionnelles et motrices automatiques et d'inventer les siennes.

5.2. La révolution du 9^e mois

Selon Elisabeth Pacherie, une forme plus élaborée d'empathie apparaît lorsque le bébé est capable de comprendre l'objet de l'émotion ressentie par autrui.

Il faut pour cela qu'il comprenne le contexte dans lequel l'émotion est ressentie et qu'il élargisse aussi son champ visuel. Le bébé ne regarde alors plus seulement l'adulte mais aussi ce qui l'entoure. C'est à la fin de la première année qu'il acquiert cette capacité. Il ne se contente plus de s'accorder sur les émotions d'autrui, il devient curieux de ce qui les produit. Et pour cela il a un bon moyen: observer les yeux d'une personne et suivre la direction de son regard, pour ainsi déterminer ce sur quoi elle porte son attention. C'est ce qu'on appelle « l'attention conjointe » ou encore attention partagée, qui permet un partage de représentations mentales. Le bébé découvre ainsi ce qui est important pour son entourage. En même temps, il utilise les expressions faciales de son interlocuteur comme un commentaire sur l'objet: un sourire lui dit « c'est bon, vas-y », tandis qu'une expression craintive le décourage. C'est l'âge où l'enfant se tourne régulièrement vers sa mère pour savoir

ce qu'il doit penser de ce qui l'entoure. La référence sociale émerge alors, en combinant attention conjointe et lecture des expressions faciales. Le jeune enfant fait ainsi passer les repères de l'autre avant les siens propres et devient hétérocentré. Il acquiert ses premières connaissances sur le monde en même temps qu'il développe ses premiers liens.

A cet âge le bébé commence également à dissocier les mimiques repérées chez l'adulte des événements dans lesquels il les a apprises, pour commencer à s'en servir dans des situations personnelles. Il parvient aussi à détecter les états émotionnels de ses interlocuteurs en observant leurs actions et plus seulement leurs mimiques. Pour Tomasello, c'est parce que le jeune enfant accepterait de partager les émotions d'un adulte qu'il entrerait dans le monde de la relation et de la communication. La reconnaissance de l'autre précéderait la connaissance du monde.

Mais la véritable émergence de l'empathie, celle où l'on identifie à la fois l'émotion, son objet et sa cause, se produit vers la deuxième année, quand les enfants commencent à être préoccupés par la détresse des autres personnes.

5.3. Le souci de l'autre vers l'âge de 2 ans

Au cours de la deuxième année apparaît un comportement nouveau qui semble révéler que l'enfant commence à comprendre le fonctionnement causal des émotions car il essaie délibérément de reconforter ou inversement de taquiner ou d'augmenter la détresse d'autrui. La perception des actions, de plus en plus fine, permet en effet à l'enfant de détecter les intentions d'autrui, de comprendre les raisons de ses réactions émotionnelles et d'anticiper la possibilité de faire naître chez autrui d'autres émotions. Ce nouveau saut évolutif peut être illustré ainsi: alors qu'un enfant de moins de deux ans essaie lui-même de casser sa cuillère après que l'adulte ait cassé la sienne, l'enfant plus âgé tend sa cuillère à l'adulte pour l'aider à manger.

Dans le même temps, comme l'enfant commence à se soucier des autres et de leurs émotions, c'est aussi l'âge où il commence à s'engager dans des jeux coopératifs avec ses pairs. Le principal bénéfice du jeu enfantin, coopératif ou solitaire, est l'apprentissage de scénarios et de rituels sociaux, qui sont ensuite à l'œuvre dans les règles de travail ou celles de comportement dans l'espace public.

Cette capacité à se préoccuper des autres et à leur venir en aide se développerait en lien avec la possibilité de reconnaître son image dans le miroir, qui apparaît au même âge. L'enfant reconnaît son apparence et se distingue d'autrui.

Jusqu'ici les degrés d'empathie concernaient surtout des situations transparentes, dans lesquelles l'enfant a un accès perceptif direct à l'émotion d'autrui, son objet et sa raison, par son expression faciale et ses actions, ainsi que par l'attention conjointe. Toutefois la transparence est loin d'être la règle générale. L'enfant va donc développer, vers l'âge de quatre ou cinq ans, une forme d'empathie plus élaborée encore, plus cognitive, qui lui permet d'accéder aussi aux pensées et aux croyances d'autrui.

5.4. Théorie de l'esprit ou théorie de la simulation vers 4 ans

Aux alentours de quatre ans, l'enfant développe encore sa capacité empathique en découvrant qu'il peut avoir des représentations de ce que l'autre pense ou croit. L'enfant, qui avait développé jusque là une empathie plutôt affective, centrée sur les sentiments, met maintenant en place une empathie plutôt cognitive. Pour le comprendre, Heinz Wimmer et Josef Perner (1983) ont eu l'idée de monter un théâtre de marionnettes à deux personnages qu'ils ont proposé à de jeunes enfants. Le personnage Maxi place une tablette de chocolat qu'il vient d'entamer dans une boîte située à sa droite et quitte la scène. Sa maman arrive ensuite, prend la tablette et la range dans un placard situé à sa gauche. Maxi revient et manifeste l'envie de manger du chocolat. Les expérimentateurs demandent alors aux enfants où il va chercher sa tablette. Ceux qui ont entre trois ans et quatre ans ne comprennent pas la question et désignent le placard car ils répondent en fonction de leur expérience du monde, sans se mettre à la place de Maxi. En revanche les enfants de plus de cinq ans indiquent que Maxi va chercher la tablette là où il l'a mise.

Simon Baron-Cohen et ses collaborateurs (1985) ont ensuite voulu préciser davantage l'âge où les enfants acquièrent cette capacité à se mettre à la place d'autrui et tester également des enfants porteurs d'autisme. Ils ont utilisé pour cela une petite bande dessinée qui raconte l'histoire de deux enfants Sally et Anne, avec le même principe d'un objet qui est changé de place à l'insu d'un personnage. Avant l'âge de quatre ans, les enfants sans troubles s'avèrent incapables de comprendre que le point de vue du personnage est différent du leur. Il en est de même pour les enfants plus âgés atteints d'autisme.

Ces expériences ont suscité un débat passionné, que nous ne détaillerons pas ici, entre les partisans de la théorie de l'esprit, qui invoquent une mauvaise maîtrise du concept de croyance, et les partisans de la théorie de la simulation, qui

situent plutôt le problème du côté d'un manque de flexibilité imaginative, de changement de point de vue.

L'empathie complète se développe donc en quatre étapes successives, depuis la naissance jusque l'âge de quatre ans. Mais qu'en est-il à l'âge adulte?

5.5. A l'âge adulte

La capacité d'empathie étant innée et en principe installée vers l'âge de quatre ans, pourquoi pense-t-on pourtant de certains adultes qu'ils n'ont aucune empathie? Ils n'ont peut-être pas pu la développer dans leur enfance car ils n'ont pas eu l'environnement favorable, les interactions précoces nécessaires. Ou alors, pourtant mise en place, des événements particuliers l'ont diminuée. Ou encore, l'orientation sociale, le type de profession, la culture, ont influé négativement sur leur capacité d'empathie.

A l'inverse, nous connaissons tous au moins une personne qui incarne l'empathie même. Chez cette personne, l'alchimie entre son caractère, son environnement, son vécu, ses expériences professionnelles en a fait un trait de personnalité à part entière. Dans le monde du soin, ces personnes peuvent alors faire de l'empathie un véritable outil professionnel, parce qu'ils ont la bonne distance avec les patients ou leur famille et peuvent sereinement les aider.

En fait, à part ces cas extrêmes, il existe une grande partie de la population qui sait être empathique ou non, selon les moments, selon la situation ou selon l'interlocuteur qui est en face d'eux. En effet, dans certaines situations, nous ne parvenons pas à être empathiques, parce que nos soucis personnels nous rendent indisponibles aux autres, parce que la situation d'autrui est trop douloureuse ou encore parce que la personne nous fait peur et qu'un phénomène de rejet difficilement contrôlable nous éloigne d'elle. Car la grande erreur, quand on veut comprendre l'empathie, c'est de la penser en termes de tout ou rien. La réalité est qu'elle s'appuie sur des signes corporels échappant à la conscience, en fonctionnant selon des cercles concentriques dans lesquels les apparences jouent un rôle essentiel. Plus on s'éloigne de ce qui nous ressemble pour aller vers ce qui est différent de nous, plus la capacité d'empathie est mise à l'épreuve.

Nous pouvons également expliquer la difficulté qui existe à éprouver de l'empathie en citant des philosophes qui ont réfléchi à la notion d'altérité. Sartre, dans sa

fameuse maxime « l'enfer, c'est les autres », exprime la difficulté de composer avec nos semblables, car ils sont forcément et malgré tout différents de nous, on ne peut jamais les connaître autant que soi-même. Husserl, fondateur de la phénoménologie, constate que la démarche qui va de soi vers l'autre est sans espoir car la distance reste infranchissable, la seule certitude étant celle du « je ».

Ainsi l'exercice de l'empathie, si on le veut régulier et envers tous, au quotidien mais plus particulièrement dans les professions d'aide et de soin à autrui, nécessite délicatesse, effort de non-jugement, oubli de ses a priori, dépassement des apparences. Il demande également d'être disponible aux autres, ce qui n'est possible que quand on est soi-même serein. L'empathie est donc difficile à pratiquer, malgré son caractère inné.

Ainsi le développement de l'empathie chez l'enfant, qui suit une progression que nous avons détaillée, peut conduire à l'âge adulte à toutes sortes de comportements empathiques. En pratique l'empathie est donc très variable selon les individus car elle dépend de nombreux facteurs annexes.

6. L'empathie dans le domaine du soin

L'empathie est devenue en quelques années une notion importante en sciences humaines et c'est essentiellement la dimension que nous avons développée jusqu'ici. Mais elle connaît aussi un regain d'intérêt dans le monde médical.

Après avoir exposé les apports de l'imagerie cérébrale, nous expliquerons en quoi l'empathie est un élément constitutif de la relation soignant-soigné, en particulier en orthophonie. Enfin nous développerons l'approche relationnelle du psychanalyste Carl Rogers, qui considère l'empathie comme un véritable outil thérapeutique et donne des pistes pour trouver la bonne distance avec le patient.

6.1. Les apports de l'imagerie cérébrale

Les neurosciences et la neuropsychologie ont mis en évidence, grâce à l'imagerie cérébrale qui laisse voir le cerveau penser, le support neuronal de la communication émotionnelle et le mécanisme mental de l'empathie.

D'abord les études réalisées chez le singe macaque ont permis de comprendre le phénomène de résonance motrice. Des chercheurs ont en effet découvert dans le cortex prémoteur du singe des neurones qui s'activent non seulement quand il exécute une action orientée vers un objet, mais aussi quand il observe l'expérimentateur faire la même action. Rizzolatti a appelé ces neurones les « neurones miroirs » et a fait l'hypothèse qu'ils jouaient un rôle majeur dans les relations sociales et les processus affectifs (1996).

Une série d'études utilisant les techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle ont par la suite montré l'existence de ces neurones miroirs chez l'homme. Ils permettraient la constitution de représentations d'action, de but et d'intention commune, dites « représentations partagées » et la compréhension intentionnelle de l'action perçue grâce à un processus de « résonance » motrice et intentionnelle.

D'autres études d'imagerie cérébrale ont aussi orienté leurs recherches dans le domaine des émotions. Leur reconnaissance serait possible grâce à une réactivation des circuits impliqués dans des situations émotionnelles passées.

Enfin la neurologie montre, dans des pathologies neurologiques ou psychiatriques, des dissociations entre la capacité à ressentir les émotions d'autrui, à les comprendre et enfin à y répondre de manière appropriée. Ces trois capacités empathiques n'étant pas situées dans les mêmes zones cérébrales, on comprend mieux certains comportements de personnes avec autisme: elles manquent d'empathie certes, mais ceci ne veut pas dire qu'elles en sont totalement dépourvues. Elles peuvent par exemple ressentir les émotions d'autrui mais ne pas les comprendre ou avoir une réponse inappropriée à l'émotion d'autrui qu'elles ont pourtant identifiée correctement.

Ainsi, grâce à l'imagerie cérébrale, la question de la compréhension de soi et des autres semble résolue: le sentiment d'empathie est fondé sur les neurones miroirs. Mais l'intérêt de l'empathie ne se résume pas à l'idée de savoir dans quelle région cérébrale elle se manifeste. Cette découverte ne permet pas, comme nous l'avons vu précédemment, d'expliquer pourquoi l'empathie, qui est supposée être innée, n'est pas toujours à la base de nos interactions sociales. De plus, dans la relation soignant-soigné, il n'est plus question de théorie, de définition ou de localisation cérébrale mais de l'empathie à l'œuvre dans une relation entre deux individus.

6.2. Un élément constitutif de la relation thérapeutique

Si l'empathie est une faculté innée qu'il est difficile d'éprouver pour tout le monde, dans toutes les situations et qu'elle dépend de notre propre disponibilité psychique, elle est cependant particulièrement sollicitée quand on exerce une profession médicale ou paramédicale.

6.2.1. L'empathie dans la relation soignant-soigné

L'intérêt scientifique actuel pour l'empathie incite les cliniciens à s'interroger sur la place qu'ils lui accordent dans leur pratique quotidienne. Ceux-ci, surtout lorsqu'ils ne sont pas psychologues, auraient tendance à reléguer l'empathie au second plan, lui préférant des techniques qui répondent à la rigueur grandissante de la validité écologique des moyens d'investigation et de soins.

Pourtant l'empathie a tout autant sa place dans la relation de soin car il ne faut pas oublier que cette dernière est avant tout une rencontre entre deux individus. D'ailleurs la médecine moderne met l'accent sur le caractère humain, social et interactif de la relation médecin-malade. De plus l'empathie peut aider à résoudre, dans la rencontre du médecin et du patient, l'opposition qui existe entre le corps qui ressent et la technique qui explique. En effet elle suppose que le professionnel recherche « le sens du mal », notion chère à Marc Augé (1984, cité par Decoster E. 2009), en considérant le point de vue du patient et en laissant de côté, au moins temporairement, son savoir médical. Il se place alors à la portée du patient, prend en compte sa plainte, ses explications, la description des symptômes et adapte sa réponse en fonction de tous ces éléments. Le patient se sent écouté et la prise en charge s'en trouve améliorée.

D'ailleurs, plusieurs études sur les attentes des patients lors d'une consultation ou d'un suivi médical mettent en évidence que si la compétence semble aller de soi, la distinction entre un bon et un mauvais médecin se ferait d'après sa capacité d'écoute, sa patience, sa disponibilité, sa connaissance du caractère, de l'histoire personnelle, sa capacité à soulager, à rassurer, son respect. Marco Vannotti, par exemple, met à jour le besoin d'empathie du patient: « Bien que les patients n'évoquent pas directement le terme d'empathie, un certain nombre de ces comportements attendus répond aux critères d'une compréhension empathique de leurs problèmes. Ainsi, du point de vue du patient, l'empathie représente un élément fonda-

mental dans la définition d'une relation humaine avec le médecin » (2002, p. 5). Il définit aussi l'empathie dans la relation de soin comme « une attitude générale et plutôt constante du médecin, caractérisée par une plus grande attention au malade, l'accent davantage mis sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités, une certaine chaleur dans la relation, et une attitude d'écoute et de disponibilité. Les médecins désignés comme les plus empathiques semblent globalement plus altruistes et poursuivent moins de buts personnels - carrière, prestige - que les autres. Par ailleurs, une majorité de patients souhaitent une relation de type humain avec leur médecin. » (2002, p. 1)

Toute la difficulté pour le médecin, qui comprend l'importance de l'empathie et veut la mettre en pratique, est de trouver le bon équilibre entre la « rationalisation techniciste » et « la psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique » (Rey-Wicki, Vannotti, 1994, cité par Decoster 2010).

Nous pouvons aussi évoquer Sigmund Freud (1913) qui fait de l'empathie une étape indispensable pour instaurer une alliance thérapeutique entre le patient et le psychanalyste. Cette alliance, qui permet de passer de l'étape relationnelle à l'étape collaborative, est favorisée par le face-à-face car les mimiques faciales et la gestuelle y sont particulièrement visibles, ce qui aide à comprendre les émotions et les pensées de l'autre, à percevoir sa réalité intérieure. Ainsi, selon Freud, un psychothérapeute, et plus généralement un soignant, doit être empathique et s'il ne développe pas cette aptitude, l'alliance thérapeutique ne s'installe pas.

Enfin, nous pouvons nous appuyer sur les textes officiels pour justifier la place de l'empathie dans la relation soignant-soigné. En effet la CIDIH, Classification Internationale des Déficits, Incapacités et Handicaps, publiée en 1980 par l'OMS et complétée en 1991 par une équipe québécoise, propose un cadre conceptuel qui prend en compte pour la première fois le ressenti social de la maladie ou du trouble, l'impact sur la qualité de vie de chaque individu. En effet le degré de handicap social ne saurait être défini au regard des seules observations des déficits et incapacités. Il faut aussi prendre en considération les facteurs environnementaux et les habitudes de vie propres à chacun. Il est donc nécessaire d'écouter le patient, de prendre en compte son point de vue, de comprendre ce qu'il vit au quotidien afin de proposer la prise en charge la plus adaptée possible. L'empathie est donc de mise dans cette nouvelle approche de la relation soignant-soigné.

6.2.2. L'empathie dans la relation orthophoniste-patient

6.2.2.1. Le cadre de l'empathie en orthophonie

Le cadre conceptuel de la CIDIH s'applique aussi au suivi orthophonique, où le trouble de la communication ou du langage est objectivé par un bilan mais aussi vécu par le patient. Evaluer le retentissement de ce trouble sur la vie quotidienne permet d'orienter la prise en charge, en travaillant en priorité les points qui handicapent le plus le patient, ce qui est un objectif important de la rééducation. De son côté le patient est satisfait de voir que l'orthophoniste a compris quelle était sa gêne et ne peut être que plus motivé pour sa prise en charge. A la suite de la CIDIH, les réformes de l'hospitalisation publique et privée (ordonnance du 24 avril 1996), la rénovation de l'action sociale et médico-sociale (loi du 2 janvier 2002) et la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont contribué à mettre davantage le soigné, ses attentes et ses besoins au centre du dispositif.

Par ailleurs, il existe un cadre de la pratique orthophonique où l'empathie de l'orthophoniste est particulièrement sollicitée. Il s'agit de l'accompagnement parental, qui s'exerce dans le domaine de l'éducation précoce. En effet, dans le cas de pathologies comme la trisomie, l'autisme ou encore l'infirmité motrice cérébrale, l'orthophoniste doit autant prendre en charge l'enfant que soutenir particulièrement les parents, qui sont en souffrance, et les valoriser dans leur rôle. Cette mise en confiance favorise leur implication, qui est nécessaire aux progrès de l'enfant. Le thérapeute ne doit donc pas se poser en guide qui sait tout mais plutôt comme un facilitateur d'interactions entre les parents et l'enfant. Il chemine avec eux dans toutes les étapes qui vont de l'acceptation du handicap à l'intégration réussie de leur enfant dans la structure qui lui convient. En fait il s'agit plus de ressenti que de conseil. Par cette attitude empathique de respect et d'écoute de l'autre, l'orthophoniste réajuste le déséquilibre de la relation qui le place d'emblée au-dessus du patient et de sa famille.

Comme nous l'avons entrevu, ce cadre de l'empathie ne peut pas fonctionner sans certaines qualités et compétences de l'orthophoniste, que nous allons développer maintenant.

6.2.2.2. L'empathie: qualité ou compétence?

Nous puiserons tout d'abord, pour soulever cette question, dans l'ouvrage *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*, (sous la direction de Laurence Tain, 2007), qui expose les résultats de l'enquête Kalliopé réalisée auprès de nombreux orthophonistes afin d'établir une analyse sociologique du métier.

Dans le chapitre intitulé « qui choisit le métier d'orthophoniste... et comment? », Hélène Bretin, sociologue, explique: « les représentations des compétences pressenties pour l'exercice de la profession d'orthophoniste soulignent, parallèlement aux solides capacités intellectuelles requises, la nécessité d'aptitudes personnelles « fondées sur l'empathie et la bienveillance à l'égard de ceux, enfants ou adultes, qui souffrent au lieu crucial du langage et de la parole » (Journal des professionnels de l'enfance, 2001, in Guggisberg, Sauvageot, 2003, *Analyse des facteurs sociaux intervenant dans le choix du métier d'orthophoniste*, mémoire de 4^e année d'orthophonie, Lyon) » (Bretin, 2007, p 97). L'expression « aptitudes personnelles » renvoie à l'idée déjà évoquée du caractère inné de l'empathie. Mais la sociologue a recours également au terme « compétences », que le Petit Robert définit comme une « connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières ». L'idée d'Hélène Bretin serait donc qu'un trait de personnalité, nécessaire à une profession, peut se muer en compétence dès lors qu'il s'exerce et se développe avec l'expérience. Mais penser l'empathie comme une compétence pose le problème de son évaluation. Les étudiants en orthophonie peuvent-ils être jugés sur leur capacité d'empathie? Ceci semble très délicat à mettre en place et sujet à caution. Pourtant, en psychologie de la personnalité, il existe différents questionnaires permettant de mesurer la disposition empathique d'un individu, en l'interrogeant sur des situations imaginaires, et divers protocoles expérimentaux ont été proposés pour mettre en évidence et analyser la réponse empathique réelle d'un individu dans des situations concrètes.

Hélène Bretin précise ensuite : « des aptitudes convoquées dans divers métiers des soins (infirmières, sages-femmes, maîtresses de jeunes enfants) dont les caractéristiques ont été « soigneusement élaborées dans l'application exemplaire des vertus décrétées féminines et innées: douceur, patience, sympathie pour la souffrance ou la maladie d'autrui » (Schweitzer, 2002, p 193). » (Bretin, 2007, p. 97). Nous comprenons ici que l'empathie est une qualité « convoquée » donc bel et bien considérée comme nécessaire à la pratique de certains métiers classiquement fémi-

nins, dont l'orthophonie. Il est vrai que le travail orthophonique, initialement adressé aux enfants, nécessite des qualités de douceur, de patience, de « maternage » (Bretin, 2007, p 98) mais l'empathie qui se traduit par l'écoute, le respect du patient et l'adaptabilité s'adresse à tous les patients, enfants ou adultes.

Au départ simple qualité, une partie des orthophonistes choisit peut-être ce métier par l'envie de mettre leur empathie au service des autres. Serge Tisseron interprète ainsi le choix d'un métier de relation : « il est probable que beaucoup d'adultes qui choisissent un métier dans lequel la compréhension des états intérieurs des autres est centrale ont connu de telles difficultés [mère angoissée ou dépressive] dans leur petite enfance: ils ont réagi au défaut d'empathie de leur entourage en développant une sensibilité extrême aux états émotionnels d'autrui » (2010b, p 78). C'est une hypothèse à méditer...

Mais si l'empathie est une compétence du métier d'orthophoniste, elle s'intègre obligatoirement dans la personnalité du thérapeute. Elle côtoie donc d'autres qualités, des défauts, des traits de caractères, qui peuvent tous trois entrer en concurrence avec elle et faire fluctuer son intensité. Car s'il est humain d'avoir de l'empathie pour les autres, il est aussi humain d'avoir des difficultés à trouver la bonne distance et le pas peut être vite franchi vers l'excès d'empathie ou la froideur.

6.2.2.3. Les limites de l'empathie: froideur et excès

Nos avons exposé plus haut la complexité de la notion d'empathie. Elle tient notamment à la nécessité première d'être touché par l'autre mais aussi de prendre du recul avec les émotions ressenties pour pouvoir rester à l'écoute de l'autre. Il n'est pas toujours simple pour un professionnel d'équilibrer implication et distance et nous allons donc développer les situations extrêmes d'une empathie mal ajustée dans la relation de soin.

LE MANQUE D'EMPATHIE

Tout d'abord, le manque d'empathie n'existe pas seulement chez les psychopathes. L'extraordinaire succession de destructions et de massacres accomplis par les hommes et toutes les violences ou indifférences quotidiennes en sont la preuve. Alors qu'est-ce qui peut diminuer la capacité d'empathie de certaines personnes?

La thèse de Serge Tisseron (2010b) est qu'une force tout aussi puissante et ancienne que l'empathie est capable de s'y opposer: le désir de contrôle sur autrui, qui habiterait en chacun de nous. Peut s'y ajouter la peur de se trouver débordé et manipulé par les émotions d'autrui, la peur de la fusion, notamment quand on n'a pas été habitué à grandir en bénéficiant de l'empathie de ses proches. Et si une idéologie ou une propagande s'en mêle (par exemple l'antisémitisme ou l'esclavage), alors beaucoup d'entre nous sommes capables de retirer à nos semblables leur qualité d'être humain. Au quotidien, le meilleur signe d'absence d'empathie relationnelle chez quelqu'un est sa tendance à s'en tenir toujours à des généralités, en étant incapable de relativiser les choses selon les différents points de vue.

Il semble aussi que la capacité à adopter la perspective de l'autre est dépendante de l'appréciation qu'on a de lui. Or certains patients mettent à mal la capacité d'empathie du thérapeute, le poussent dans ses retranchements: patients très différents de ce qu'il pensait, aux valeurs ou à la culture contraires aux siennes, qui le mettent en échec, qu'il ne parvient pas à aider, qui semblent le juger, ou dont il juge qu'ils n'ont pas besoin d'aide. C'est donc en particulier dans la relation à ces patients que nous devons accroître nos compétences en matière d'empathie. En fait, moins l'empathie est initialement présente à l'égard d'un patient, plus il faut justement l'entraîner, parce qu'on doit s'investir autant pour chacun d'entre eux.

Un autre élément peut diminuer l'empathie du thérapeute envers un patient porteur d'un handicap physique important: le fait de ne pas reconnaître en lui l'image d'un être humain « normal ». Pauline Restoux, directrice déléguée de la publication de « Déclic, le magazine de la famille et du handicap », explique bien ce phénomène: « Rencontrer ou même croiser une personne atteinte d'un handicap visible constitue toujours une épreuve pour le sang-froid. Malaise, gêne, pitié, compassion, culpabilité ou encore envie de fuir... La différence ne laisse pas indifférent. » (Restoux, 2004, p. 50). Nous aurions donc du mal à accepter que l'homme puisse être diminué: « le handicap nous dérange parce qu'il nous renvoie à la vulnérabilité de l'être humain » (idem, p. 61). Les soignants sont en principe mieux préparés à cela mais ce n'est pas toujours facile et pour certains s'engage devant chaque patient un combat intérieur qu'ils ne sont pas toujours sûrs de gagner. Il leur faut alors une empathie décuplée pour réussir à dépasser cette réaction première de rejet ou de pitié.

Pauline Restoux évoque encore une autre raison qui peut inhiber l'empathie et qui tient au vécu. « Ceux qui ont été protégés par la vie, qui sont restés « trop doux », éprouvent plus de difficultés à trouver leur place face à un parent qui souffre. Comme si la souffrance vécue permettait de comprendre et de partager celle des autres. Comme si elle apprenait la délicatesse, la pudeur, la véritable empathie: cette capacité intuitive à ressentir ce que l'autre ressent. » (idem p. 37). Il est vrai qu'un soignant peut se trouver démuni quand il n'a pas lui-même connu la situation du patient et ne pas se sentir légitime.

Pour conclure, quelle que soit la raison qui pousse un orthophoniste à diminuer son empathie et à se mettre à distance des patients, le résultat conduit à un exercice du métier davantage ancré dans la technique que dans la relation. Le patient est alors réduit à son trouble, ce qui peut être plus rassurant, plus facile à gérer que la personne dans sa globalité.

L'EXCES D'EMPATHIE

L'excès d'empathie peut se manifester de deux façons différentes.

La première serait ce que Serge Tisseron appelle l'empathisme, c'est-à-dire l'attitude qui consiste à vouloir venir en aide absolument à son prochain: l'empathie est alors considérée comme un but en soi, ce qui est plutôt dommageable. En effet, cette attitude révèle un manque de respect de la personne qu'on veut aider sans savoir s'il y a demande et si oui quelle est exactement cette demande. En fait l'exercice de l'empathie demande de la délicatesse car il est important de savoir si l'interlocuteur accepte notre empathie. Certaines personnes supportent mal d'être devinées par la compréhension d'autrui, elles le vivent comme une intrusion insupportable, comme une menace en y voyant une tentative de contrôle sur elles-mêmes. Il faut donc bien observer l'autre, ne pas le brusquer et diminuer notre empathie si l'on sent qu'il est mal à l'aise. Une relation empathique réussie est faite d'ajustement.

La seconde forme d'excès d'empathie se révèle quand le soignant est trop investi dans la relation, trop proche du patient. La différenciation entre soi et autrui n'existe plus et la sympathie prend le pas sur l'attitude professionnelle. Une relation qui devient amicale peut empêcher par exemple l'arrêt pourtant envisageable de la prise en charge ou provoquer des émotions très difficiles à gérer si le patient décède. Cette attitude peut également être un obstacle à l'objectivité et au jugement des progrès.

Il est vrai que l'orthophoniste est particulièrement sujet à se rapprocher de ses patients, du fait qu'il les suit souvent sur une longue durée et parfois jusqu'à trois fois par semaine en début de prise en charge. Un attachement inévitable se crée, qu'il faut savoir gérer. A l'inverse, du côté du patient, l'attachement à l'orthophoniste peut provenir des mêmes raisons, auxquelles peut s'ajouter l'absence de tenue particulière (sauf en milieu hospitalier), qui peut être un gage de plus grande proximité.

Nous comprenons bien la nécessité et la difficulté d'éprouver une empathie équilibrée dans la relation de soin. Il faut savoir écouter ses émotions mais ne pas se laisser envahir. Dans son ouvrage consacré à la distance professionnelle, le psychologue Pascal Prayez explique que la double écoute qui est au cœur du processus empathique permet d'atteindre un équilibre: « Il s'agit d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre » (Prayez et al. 2003, cité par Minne 2007).

Pour mieux comprendre comment peut se manifester une empathie équilibrée dans une relation de soin, nous allons maintenant développer la pensée de Carl Rogers, psychologue humaniste américain du XX^e siècle connu pour sa théorie de la non-directivité.

6.3. Un outil thérapeutique selon Carl Rogers

Nous ne pouvons pas parler de la relation soignant-soigné et d'empathie sans citer Carl Rogers, dont la théorie a donné naissance à de nombreux travaux dans des domaines variés comme la pédagogie, la médecine, l'orientation professionnelle, l'industrie, le travail social. Voici sa théorie: la relation aidant-aidé doit être basée sur la non-directivité, investie avant tout dans un effort de compréhension de ce qu'exprime le patient et lui laissant le choix de son itinéraire, de son langage, de ses décisions. Dans son « Approche Centrée sur la Personne » (ACP) thérapie verbale initiée dans les années 1950, le rôle des attitudes est fondamental. Rogers en développe trois principales, qui participent à la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient: l'authenticité et le non-jugement, la compréhension empathique et la reformulation.

6.3.1. L'authenticité et le non-jugement

Le thérapeute se doit tout d'abord d'être un exemple d'authenticité, de congruence pour le patient, c'est-à-dire qu'il doit avoir conscience des émotions qu'il ressent dans la relation et doit pouvoir les exprimer au patient. D'ailleurs, la congruence du soignant autorise en quelque sorte celle du patient et conduit ce dernier à la compréhension de ce que lui-même ressent. Mais cette attitude n'est pas si simple car elle suppose que le soignant sait écouter ses émotions, les accepte et les exprime. Or, dire ses émotions donne l'impression de se mettre en position de fragilité face à l'autre et dans le monde de la santé, le professionnalisme est souvent associé à l'effacement des affects. Pourtant de nombreux psychologues s'accordent à dire que le cheminement vers la juste distance passe par l'acceptation de l'affectivité comme élément central de la relation thérapeutique. Il faut accepter le fait que c'est parce que nous sommes « touchés » que nous arrivons à soigner et considérer les émotions comme une énergie qui favorise les changements nécessaires à la guérison.

Le non-jugement ou considération positive est une autre attitude importante du soignant. Elle consiste en l'accueil inconditionnel du patient, qui est accepté tel qu'il est, avec le cadre de référence qui lui est propre. Il faut comprendre le patient tel qu'il se vit, se sent et se perçoit lui-même, et non par rapport aux modes de représentations et de croyances personnelles de l'aidant. Car si le soignant se fait une idée précise de ce qui est bon ou souhaitable pour le patient, il l'oriente alors selon son projet alors que seule la personne malade est à même d'exprimer ce qu'elle pense et souhaite. De plus si l'esprit est occupé à juger, évaluer, interpréter, comparer, le processus d'écoute est perturbé. Au contraire, si le professionnel réussit à se dégager d'idées et d'interprétations préconçues et à respecter le patient, il est totalement disponible pour accueillir ce que le patient dit. En retour, le patient peut adopter ou restaurer une attitude d'estime et d'amour de lui-même, qui est souvent altérée par la pathologie. Ainsi la capacité à suspendre son jugement, jusqu'à la limite de la naïveté, rend possible l'empathie avec le patient.

6.3.2. La compréhension empathique

A ces différentes attitudes du thérapeute s'ajoute l'empathie, que Rogers a décrite comme un élément essentiel de la relation d'aide. En effet il a découvert très tôt dans sa pratique que le simple fait d'écouter le patient avec beaucoup d'attention est source de progrès. Il définit l'empathie dans son célèbre ouvrage *La relation*

d'aide et la psychothérapie (2002) comme étant la perception par le thérapeute du cadre de référence interne d'autrui, aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ». Cette notion du « comme si » est importante car elle implique une souplesse psychique, une forme de jeu, qui permet de sortir de l'antagonisme entre une position qui privilégie une relation subjective et émotionnelle vis-à-vis du patient et une autre plus professionnelle et objective.

Mais cette appréhension de la notion d'empathie suppose que le soignant laisse de côté ce qu'il est, du moins pour un temps, ce qui ne peut être réalisé que s'il est suffisamment en confiance avec lui-même pour oser aller à la rencontre du monde interne de l'autre. Néanmoins, il ne doit pas complètement s'effacer. Il est en effet nécessaire qu'il puise dans ses expériences personnelles afin de mieux comprendre le patient.

En orthophonie, on retrouve particulièrement la nécessité de cette compréhension empathique lors de l'étape de l'anamnèse du bilan, où il faut saisir le cheminement parcouru par le patient, son vécu du trouble. Elle est aussi capitale par exemple dans le cadre d'un suivi de maladie neurodégénérative quand le patient relate les événements qui ont pu se produire dans sa vie depuis la dernière séance et pour lequel il attend des explications, un retour, de la part de l'orthophoniste. Il est alors nécessaire de comprendre au mieux ce qu'a vécu le patient pour apporter le soutien et les conseils les plus appropriés.

6.3.3. La reformulation empathique

Non seulement le thérapeute doit être capable de comprendre avec justesse et sensibilité les expériences et sentiments du patient, mais il doit aussi être en mesure de lui communiquer au mieux cette compréhension. Rogers a développé puis redéfini plus tard sa technique de la « reformulation », comme une vérification d'impressions, des essais de compréhension, grâce à des questionnements explicites ou implicites. Il s'agit de reprendre certains aspects des propos du patient et de les reformuler afin d'ouvrir des perspectives, d'amener le patient à préciser ce qu'il pense ou ressent et ainsi de mieux se connaître lui-même. Nous retrouvons ici la notion d'empathie complète et authentique de Serge Tisseron. L'art du non-savoir guide cette méthode de la reformulation car le thérapeute ne sait pas a priori ce que

l'autre essaie de dire, rejette les idées toutes faites et invite ainsi le patient à décrire, à explorer son ressenti. Par exemple, si le patient dit « Je n'aurais pas dû faire cela... Je ne l'ai pas fait volontairement », le thérapeute peut alors répondre de façon empathique : « Vous regrettez ce que vous avez fait et vous vous sentez coupable. »

Là encore, on peut faire le parallèle avec la pratique orthophonique, quand le professionnel est face à des inquiétudes de parents ou face aux difficultés exprimées de certains patients. L'orthophoniste veut alors réagir, répondre quelque chose si le silence est pesant. Et s'il est difficile, et parfois même ridicule, d'exprimer des généralités ou de formuler des paroles positives quand la situation est dramatique, il faut alors penser à cette technique de la reformulation, qui montre au patient qu'on le comprend même si on n'a pas de solution efficace à lui proposer. Car répondre à la souffrance d'autrui, comme l'explique Pascal Prayez (2003), ce n'est pas forcément répondre à toutes ses questions et demandes, tel un sauveur-donateur tout-puissant, mais aussi accepter simplement de le regarder et de l'écouter.

L'expression empathique peut aussi passer par des messages non-verbaux comme le regard, l'intonation, la posture, les mimiques. Pour cela le face-à-face est particulièrement adapté et il est privilégié dans les prises en charge orthophoniques.

Carl Rogers a parfois été discrédité auprès de certains soignants et formateurs à cause de confusions assimilant la non-directivité à du laisser-faire. Il est vrai que l'application stricte et banalisée de la méthode de Rogers peut être préjudiciable à la réalisation de la démarche de soins, qui est pragmatique, parfois volontariste, centrée sur des objectifs à atteindre. Les projets thérapeutiques élaborés par les orthophonistes n'échappent pas à cette démarche de résolution de problème. L'empathie décrite par Rogers, qui vise à éviter toute évaluation, s'oppose en effet à la fonction diagnostique qui la nécessite. Rogers propose donc de dépasser cette opposition: le soignant, qui ne peut se défaire de sa mission première de poser des actes thérapeutiques, doit mesurer la place de l'empathie dans sa pratique en la concevant plutôt comme une conception philosophique de la vie, une manière d'être. Il sera intéressant de voir comment les orthophonistes de l'enquête conjuguent distance et objectivité du bilan avec une attitude empathique.

Bien plus que des concepts à appliquer, les trois dimensions rogériennes sont des savoir-être et savoir-faire pour le thérapeute, qu'il est important de ne pas

opposer aux savoirs techniques. On se rend compte aussi, grâce au développement de l'empathie dans le domaine de la psychanalyse, qu'elle implique, de la part du soignant, un véritable travail sur soi.

La présentation de la notion d'empathie dans le milieu médical nous conduit maintenant à envisager les pathologies prises en charge en orthophonie qui nécessitent une empathie particulièrement développée de la part du soignant.

7. L'importance de l'empathie dans la prise en charge de certaines pathologies

Si l'attitude empathique de l'orthophoniste est importante pour tous les patients et leur entourage, il existe cependant des pathologies où elle tient une place primordiale dans la prise en charge. Nous évoquerons tout d'abord deux types de troubles qui concernent les enfants et expliquerons l'importance du jeu dans le développement de leur empathie. Puis nous présenterons deux types de pathologies adultes, en citant un exemple de méthode particulière d'empathie développée par Naomi Feil dans les années 1960.

7.1. Les pathologies de l'enfant

7.1.1. Les troubles de l'attachement

Nous avons vu dans l'ontogénèse de l'empathie que les premiers mois de vie sont déterminants pour la suite: si le bébé bénéficie d'empathie, il pourra être empathique vis-à-vis des autres. L'importance des interactions initiales mère-enfant a été décrite selon des notions diverses: l'attachement de Bowlby, la préoccupation maternelle primaire de Winnicott, ou encore l'accordage affectif de Stern.

Or, quand le départ dans la vie d'un bébé est perturbé par la prématurité et/ou l'annonce d'un handicap, les liens qu'il crée avec son entourage proche ne se tissent pas toujours naturellement. L'environnement est celui de l'hôpital, des examens, des précautions d'hygiène, du manque de contact physique dû à l'appareillage. Dans ce contexte difficile, des troubles de l'attachement peuvent apparaître. Car pour ressentir l'empathie de ses parents et la développer soi-même, le bébé a besoin qu'on le

nourrisse quand il a faim, qu'on le réchauffe quand il a froid, qu'on le câline et qu'on lui parle quand il est éveillé, qu'on le laisse tranquille quand il en a envie. Or l'environnement ne s'y prête pas toujours et les parents ont des difficultés à répondre aux besoins de leur enfant à cause de leur angoisse pour l'avenir proche et lointain, de la peur de lui faire mal, de la non-acceptation de la réalité, de leur non-reconnaissance dans l'enfant qui est devant eux. La préoccupation maternelle primaire est donc compromise, ayant une influence sur le développement général du bébé, affectif en particulier.

C'est dans ce contexte très chargé émotionnellement que l'orthophoniste peut intervenir, dès l'hôpital en service de néonatalogie par exemple ou dans des structures comme les centres de rééducation fonctionnelle pour enfants ou encore les CAMSP, centres d'aide médico-sociale précoce. Hormis les objectifs de rééducation des troubles dont ces bébés sont porteurs, nous avons vu que le rôle de l'orthophoniste est aussi d'accompagner les parents. Et c'est là que l'empathie tient une grande place et poursuit deux buts différents et complémentaires: écouter la souffrance des parents, « se mettre à leur place » pour mieux les comprendre et leur parler, apporter un soutien moral mais aussi, au-delà de cette empathie altruiste et affective primaire, aider les parents à retrouver leur place, à avoir confiance en eux, à tisser des liens avec leur bébé, à savoir l'observer pour connaître ses besoins et y répondre au mieux. Ce second type d'empathie est davantage cognitif, et même professionnel. Il s'agit bien d'empathie, et non de simples formulations de conseils, car les paroles et gestes de l'orthophoniste sont guidées par sa compréhension des envies, des besoins et des sentiments des parents, dans un échange permanent avec eux. L'empathie fonctionne alors comme une boule de neige: celle dont fait preuve l'orthophoniste à l'égard des parents leur permet de développer la leur envers leur bébé prématuré ou handicapé, ce qui aidera ce dernier à développer la sienne en retour.

L'intervention de l'orthophoniste auprès de ces bébés n'est donc pas anodine. Son empathie doit être décuplée, affinée pour servir à restaurer celle des parents envers leur bébé, afin d'empêcher l'installation durable de troubles de l'attachement, qui seraient néfastes au développement affectif ultérieur de l'enfant.

7.1.2. Les troubles du syndrome autistique

La particularité de l'empathie de l'orthophoniste dans ce type de pathologie est qu'elle ne s'inscrit pas véritablement dans un échange. En effet dans le syndrome autistique l'altérité semble méconnue, comme s'il n'y avait pas de place pour l'autre virtuel, ni réel, donc pour l'empathie. Jean Decety avance que « tous les auteurs s'accordent pour dire que parmi la myriade de déficits dans la communication sociale, l'enfant autiste manque d'empathie » (2004, p. 86). Peter Vermeulen, docteur en Psychologie et en Sciences de l'Education, conclue également un chapitre consacré à l'empathie dans son ouvrage *Autisme et émotions*: « Les personnes avec autisme peuvent difficilement comprendre ou exprimer l'empathie. Elles éprouvent des difficultés à se placer dans le monde affectif des autres ainsi qu'à compatir et à réagir de manière adaptée aux sentiments des autres » (2011, p. 77). Mais elles ne seraient pas dépourvues pour autant de capacités imitatives. Des études révèlent en effet que les enfants porteurs d'autisme sont capables de faire des distinctions morales et peuvent réagir face à la détresse d'autrui si les émotions ne sont pas ambiguës et s'il n'y a pas d'élément distrayant. Peter Vermeulen, déclare également: « Il est faux de croire que les enfants avec autisme ne distinguent pas les personnes, que celles-ci sont réciproquement interchangeables et que les personnes avec autisme sont plus heureuses quand elles sont seules » (2011, p. 38). Des études suggèrent en effet qu'elles sont capables de s'attacher, mais cette reconnaissance des personnes connues concerne uniquement l'extérieur de l'individu, la perception et l'identification de leurs émotions étant souvent difficile.

Comme le fonctionnement des personnes avec autisme est très complexe, le rôle de l'orthophoniste l'est tout autant. Celui qui prend en charge des enfants porteurs d'autisme doit faire preuve d'une empathie très particulière. Elle passe, pendant le bilan, par l'observation très fine des enfants, afin d'essayer de comprendre comment ils fonctionnent, de repérer des signes interprétables de tel ou tel sentiment. En effet, selon Sylvie Tordjman, professeur en pédopsychiatrie, la subjectivité de l'examineur au cours de cette rencontre humaine « est source de richesse en permettant, si elle est prise en considération et analysée, de mieux comprendre le sens des comportements observés [...] elle ne nous renvoie pas à l'immuabilité de l'enfant autiste, mais à ses fluctuations relationnelles, à ses capacités d'émergence, en fait à son humanité » (2005, p. 210). L'attitude empathique de l'orthophoniste permet alors à l'enfant porteur d'autisme de garder son statut de sujet dans la relation de soins.

Pendant la prise en charge, l'empathie de l'orthophoniste doit passer par des canaux particuliers. Geneviève Haag, pédopsychiatre (2005), observe que si l'interlocuteur de la personne autiste respecte trois exigences formelles (douceur et musicalité dans la voix, contenu du discours référant à son vécu, notamment corporel, et expression indirecte des émotions), il est en mesure de lever l'apparente absence de réceptivité de la parole chez l'enfant autiste. Le thérapeute du langage peut aussi consacrer une partie de la prise en charge à rendre le monde qui l'entoure clair, compréhensible et visible, pour l'aider à canaliser ses émotions et à les comprendre. Travailler l'environnement est déjà un pas vers le travail sur leurs sentiments. Peter Vermeulen ajoute d'ailleurs un autre conseil tout aussi intéressant: « Si nous voulons les aider sur le plan des émotions et de cette aptitude [l'empathie], nous devons tout d'abord travailler notre manque de capacité à pouvoir nous mettre à leur place et essayer de mieux les comprendre. » (2011, p. 145). Le thérapeute peut donc par exemple imiter les gestes de l'enfant pour mieux comprendre l'intérêt qu'il y trouve et même susciter une réaction de sa part.

Ainsi, l'empathie de l'orthophoniste à l'égard des enfants porteurs d'autisme peut aussi faire boule de neige et développer la leur en retour, tout en permettant d'inscrire la relation dans sa dimension sociale et humaine.

7.1.3. Le jeu comme outil thérapeutique pour développer l'empathie

Pour développer l'empathie des enfants, les orthophonistes ont à leur disposition une méthode primordiale: le jeu. Certains disent d'ailleurs qu'il est un besoin aussi vital que de manger ou boire pour l'enfant et on considère qu'un enfant qui ne joue pas est malade ou perturbé. Il est en effet prouvé que le jeu de faire semblant tient un rôle précurseur dans le développement de l'empathie. La capacité à changer de perspective a par exemple été mise en évidence comme fortement liée à l'empathie par Vilardaga (2009). Or le jeu symbolique permet à l'enfant d'exprimer ses angoisses, d'appivoiser ce qu'il éprouve au quotidien, de s'approprier le monde qui l'entoure et de le comprendre, à son rythme, grâce notamment à la possibilité d'y jouer tous les rôles: celui qui a été le sien dans la réalité et les autres. Il apparaît souvent au cours de la deuxième année et prend avec le temps des formes de plus en plus élaborées. Initialement l'enfant fait tenir à un objet le rôle d'un autre, une banane devenant un téléphone, par exemple. Très rapidement l'enfant imagine aussi des états mentaux et traite sa poupée comme une personne, capable d'agir et de

parler, mais aussi d'éprouver désirs et émotions. Ainsi l'enfant grondé gronde à son tour son ours en peluche, passant ainsi du rôle de celui qui a été puni à celui qui punit. L'enfant apprend ainsi des scénarios, des rituels sociaux qui sont ensuite à l'œuvre dans l'univers public et professionnel. De plus, le jeu fournit un cadre pour le début des relations affectives et permet aux contacts sociaux de se développer car si l'enfant joue d'abord seul ou avec son entourage proche, il joue progressivement avec d'autres enfants, et entre en relation avec eux.

Quand des enfants ont des troubles du langage et de la communication, le jeu est donc une des méthodes de rééducation orthophonique. Il est d'ailleurs si riche d'apprentissages en tous genres que Lydie Morel, membre de Cogi'act, groupe de recherche et de promotion de la formation sur les pathologies liées aux activités logiques, le met à l'honneur parce qu'il permet d'allier la pensée et la communication à un plaisir cognitif et émotionnel. Le thérapeute formé à cette approche porte attention à la quête de sens qui anime tout enfant, quelle que soit sa déficience. Il verbalise ce que l'enfant réalise pendant le jeu, en proposant des transformations ou des variations et en valorisant toujours ce qu'il fait. Le langage sert alors d'objectivation des expérimentés, met en relation les phénomènes observés pendant le jeu et s'articule intimement avec la pensée. L'accent est ainsi mis sur le raisonnement. Ainsi l'exploration ludique permet aux enfants d'élaborer leur compréhension du monde dans un espace de partage d'attention et d'expériences. Ils en tirent des règles, des régularités, une certaine cohérence, un respect de l'ordre dans le déroulement de leurs actions, la notion de permanence de l'objet, d'espace-temps, de causalité et de constitution du « Moi ». Tous ces premiers invariants, d'après Jean Piaget, entraînent la construction des premiers raisonnements, qui permettent à leur tour l'émergence de la fonction sémiotique.

Sur un autre plan, Serge Tisseron développe aussi l'importance du jeu de rôle partagé et de la plasticité psychique qu'il implique pour combattre la mise en place de schémas mentaux rigides et la violence qui en découle et ainsi développer l'empathie des enfants: « de deux à quatre ans, rien n'est plus important que de jouer, notamment du point de vue de la construction de l'empathie relationnelle. » (2010b, p 215).

Il apparaît clairement que le jeu permet l'apprentissage de compétences très importantes dans le développement de l'enfant, dans des domaines variés comme le

raisonnement, le langage, l'intelligence pratique, la connaissance du monde, les comportements sociaux, mais aussi l'empathie.

7.2. Les pathologies adultes

7.2.1. Les maladies neurodégénératives

Dans les maladies neurodégénératives adultes, l'empathie de l'orthophoniste est une fois de plus particulièrement sollicitée. En effet les séances sont souvent en partie consacrées à un échange avec le patient sur l'évolution de sa maladie, son ressenti, l'éventuelle apparition de nouveaux troubles. Et beaucoup de ces patients viennent aux séances d'orthophonie autant pour les exercices de rééducation que pour cette écoute et ce soutien. Ils ont besoin qu'on comprenne leur point de vue car il n'est pas facile de ne pas savoir de quoi demain sera fait et d'accepter que la maladie évolue irrémédiablement. L'orthophoniste est donc amené à écouter activement le patient, à lui manifester sa compréhension, à lui faire préciser les circonstances exactes d'un fait ou les sentiments engendrés afin de saisir au mieux son récit. Les deux empathies sont présentes et imbriquées dans ce type de prise en charge: affective face au découragement et aux inquiétudes du patient, cognitive quand il s'agit de comprendre pour adapter au mieux les exercices de rééducation en fonction d'une nouvelle donnée apportée par le récit du patient.

7.2.2. Les aphasies

Les patients qui ont été victimes d'un accident vasculaire cérébral et qui sont conscients de leurs troubles expriment également, chacun dans leurs possibilités de communication, leurs émotions, leurs pensées et la gravité de la situation dans laquelle ils sont. Là encore il faut essayer de se mettre à la place du patient aphasique qui est dans l'impossibilité de communiquer. Il peut éprouver de la colère, de la frustration, connaître des phases qui alternent rage de vaincre et renoncement devant la difficulté. La lecture de témoignages autobiographiques de patients victimes d'aphasie peut être un moyen, pour les orthophonistes qui en ressentent le besoin, de s'imaginer autant que possible le vécu des patients. Jean-Dominique Bauby, atteint du locked-in-syndrom exprime par exemple la souffrance d'avoir perdu la parole dans le court éloge de l'orthophoniste qui l'a pris en charge: « Sur le badge d'identité épinglé à la blouse blanche de Sandrine, il est écrit: orthophoniste, mais on devrait lire: ange

gardien. C'est elle qui a instauré le code de communication sans lequel je serais coupé du monde. » (1997, p. 45).

Ainsi l'empathie, à la fois affective et cognitive, est particulièrement importante dans ces pathologies adultes. Isabelle Migotto, qui a relaté l'histoire de son aphasie, témoigne de son impact sur le succès de la rééducation: « je pense que c'est très important de bien s'entendre avec les thérapeutes car quand on est dans un climat de confiance, quand on a l'impression d'être compris, on travaille inconsciemment beaucoup mieux et l'on fait davantage de progrès » (2003, p. 83). L'évocation des maladies neurodégénératives nous donne l'occasion de présenter une méthode particulière d'empathie au service de la communication des personnes à un stade avancé de démence: la théorie de la validation de Naomi Feil.

7.2.3. La théorie de la validation de Naomi Feil

Dès son origine qui remonte à 1963, la méthode de la validation se distingue par des présupposés positifs inhabituels sur le sens des comportements perturbés des grands vieillards désorientés. En effet, malgré la mémoire qui s'efface, le langage et la pensée qui se déstructurent, Naomi Feil, travailleuse sociale américaine, a constaté qu'au travers des manifestations verbales et non-verbales des patients déments, une vie psychique et affective significative se laisse percevoir par instants. Cette vie psychique, qui est le support de l'identité du sujet, est à rechercher, à solliciter afin de prolonger la communication avec lui. Naomi Feil n'est pas la seule à penser qu'il est du devoir des soignants de préserver à tout prix l'humanité de la personne démente, en la considérant comme unique, avec une histoire singulière. C'est aussi le cas de François Blanchard, médecin gériatre, chef de service au centre hospitalier de Reims et professeur de santé publique, dans un article publié dans la revue *Gérontologie et société* (2001) et qui développe l'approche de Naomi Feil.

L'idée qui sous-tend l'approche est assez simple: il faut accepter la manière dont le dément s'exprime, en se disant que ce qu'il dit a un sens. Cette attitude lui redonne toute sa valeur de personne vivante, alors que les méthodes de rééducation ou de préservation considèrent que le patient n'est plus lui-même et essaient même de lui faire retrouver un comportement normal. Il faut donc rejoindre le dément dans son monde, ne pas essayer de le ramener à la réalité car cela l'angoisse, et au contraire valider son comportement et son propos au lieu d'essayer de les corriger.

La méthode repose sur trois principes que nous présentons brièvement. Le premier est une théorie basée sur le concept de développement humain au travers de tâches de vie. La personne très âgée aurait une ultime tâche personnelle à accomplir que Naomi Feil appelle la « résolution » : faire le bilan de sa vie, mettre de l'ordre dans son histoire avant de mourir. Or, quand la démence est présente, la personne âgée retourne sans cesse à ses blessures sans pouvoir s'en libérer et se replie sur elle, jusqu'à un état végétatif douloureux pour l'entourage. Le deuxième principe est une pratique faisant appel à divers outils de la communication verbale et non-verbale. Le dernier principe, qui fait fonctionner et anime les deux autres et qui nous intéresse particulièrement ici, est une attitude empathique, qualité d'écoute permettant de rejoindre l'expérience émotionnelle de l'autre et de l'accompagner. Elle suppose la capacité d'accepter sans a priori tout ce qu'exprime l'autre pour entrer en communication d'humain à humain, le mensonge et le rappel à la réalité objective du moment présent ne pouvant être admis.

La validation est donc une approche intéressante par son utilisation de l'empathie qui permet à la personne démente de retrouver un sentiment d'apaisement voire de sérénité. Si la théorie de Naomi Feil a essuyé des critiques et que certains la rapprochent davantage des sectes que de la recherche scientifique, elle a le mérite de rappeler que la personne doit être au cœur de la prise en charge et que la première chose à faire est d'avoir confiance en elle, dans son aptitude à penser, à communiquer, même si c'est un peu difficile. Tout orthophoniste peut donc trouver un intérêt certain à s'inspirer de cette méthode dans son travail quotidien auprès des personnes âgées. La formation au centre belge Rhapsodie, reconnue par le *Validation Training Institute* de Naomi Feil mais encore peu développée en Europe francophone, est d'ailleurs accessible à tout soignant.

La présentation de cette méthode particulière de la validation nous permet de nous interroger en dernier lieu sur la possibilité d'une formation à l'empathie.

8. Peut-on se former à l'empathie?

La question est complexe. Nous avons vu que l'empathie était innée et qu'elle se développait ou s'amenuisait dès la petite enfance selon l'environnement, les inter-

actions précoces, les expériences et les rencontres. A l'âge adulte, si l'on choisit un métier dans le domaine du soin comme l'orthophonie, le degré d'empathie peut-il encore grandir ou s'affiner ? Pour analyser les possibilités et les modalités d'une formation à l'empathie, nous nous sommes notamment inspirés des différents articles du dossier « l'empathie dans les soins », paru dans le numéro 158 de la revue *Santé Mentale*.

Tout d'abord, beaucoup de sites internet évoquent un apprentissage possible de l'empathie dans le domaine commercial ou managérial. Des formations existent, où l'on apprend au personnel à mieux communiquer avec la clientèle, à mieux écouter ses employés ou collaborateurs. Certaines techniques sont similaires à celles utilisées dans le domaine du soin, notamment la reformulation. L'article « empathie » sur Wikipédia précise ainsi que « l'empathie, contrairement à la sympathie qui est spontanée, est une pratique relationnelle qui s'enseigne et s'apprend », car « bien que possédant une part non négligeable d'interprétation personnelle, les retours empathiques sont relativement normés ».

Les formations à l'empathie existent donc. Dans le domaine infirmier par exemple, la formation initiale aborde la difficulté de la relation à certains patients, mais pas de façon satisfaisante selon Dominique Friard, infirmier : « la formation infirmière ne transmet le plus souvent aux infirmières que la peur de l'autre, et la peur de ses propres émotions. » (2011, p. 26), parce qu'il n'y a pas de réflexion critique et clinique sur la place de l'empathie dans la relation soignant-soigné et parce qu'on scinde encore parfois soins relationnels et soins techniques. Pour cet infirmier une formation efficace sur l'empathie doit exposer la vision de Carl Rogers et s'inspirer des considérations formulées par Greenson parmi lesquelles l'idée que, si on veut travailler avec rigueur et s'ouvrir réellement au monde du patient, il faut s'être ouvert à tout ce qui peut s'enseigner à propos de l'empathie.

Beaucoup d'auteurs de la revue *Santé mentale* s'accordent sur la possibilité d'une formation à l'empathie, plutôt sur le versant psychanalytique. Le psychologue Jean-Louis Monestès, par exemple, parle de l'empathie comme d'une compétence minimale naturelle pour ceux qui choisissent une profession de soin mais estime qu'« elle représente aussi et surtout, un groupe de compétences qui s'apprennent, s'entretiennent, se perfectionnent, et qui peuvent être appliquées plus ou moins facilement en fonction de l'autre, de son histoire, de ses comportements et de ce qu'ils évoquent en nous. » (2011, p. 76). Il expose pour cela les travaux récents réalisés

dans le cadre de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), une des dernières évolutions des thérapies comportementales et cognitives, qui permet de construire des outils pour entraîner l'empathie et l'appliquer avec plus d'aisance. Les exercices développés visent tous à envisager plus finement le point de vue de l'autre, ce qu'il ressent, ce qu'il pense, en dehors ou dans la relation thérapeutique. Il est question par exemple de s'imaginer assis à un autre endroit dans la même pièce, d'imaginer ce que ressentent les gens croisés dans la rue, de se représenter l'état d'esprit d'un patient avant de nous rencontrer. Il peut s'agir également de jeux de rôle en binôme, où l'on joue le rôle d'un patient pour lequel on rencontre des difficultés d'empathie: se mettre à sa place, raconter son histoire permet de ressentir de l'empathie à son égard. Ces exercices peuvent facilement être menés individuellement au quotidien, ou en groupe au sein de formations de soins variées. Nous pouvons pour terminer évoquer la pensée de Charly Cungi (2011), psychiatre, qui présente la méthode des 4 R: recontextualiser, reformuler, résumer, renforcer, qui permet d'accéder plus efficacement aux émotions et aux cognitions du patient et donc de développer plus facilement l'empathie du thérapeute. On retrouve ici des ressemblances avec Carl Rogers.

En ce qui concerne les études de médecine, Marco Vannotti avance qu'elles « ne préparent guère à aborder les émotions. Or, l'échec de cette tâche complexe semble être la principale source de frustrations et d'insatisfaction chez le médecin et chez le patient. » (2002, p. 237). Il explique donc qu'« afin d'éviter les situations frustrantes pour les deux partenaires, il est justement primordial que les médecins apprennent à gérer les émotions des patients, ainsi que les leurs. Différentes méthodes ont été développées pour enseigner un tel savoir-faire dans la relation médecin-malade : groupes Balint, maintenant ouverts aux formations paramédicales, supervisions directes, séminaires sur la communication médecin-patient » (2002, p. 228).

Dans le domaine orthophonique, la formation initiale met en priorité l'accent sur les connaissances théoriques, anatomiques et techniques dans les différents modules. Comme elle ne propose pas d'enseignement spécifique sur l'empathie, ce sont les professionnels animant les travaux dirigés ou les maîtres de stage qui transmettent leur savoir-être sur une base implicite, n'entrant dans aucun programme. La formation met toutefois l'accent sur des aspects du métier où l'empathie est néces-

saire: l'écoute du patient dans l'étape de l'anamnèse ou l'accompagnement parental en éducation précoce par exemple.

La formation continue peut aider indirectement les orthophonistes à améliorer leur empathie, en abordant des thèmes comme la connaissance de soi. En effet « la prise de conscience de nos propres schémas de pensée, de nos automatismes de réaction, de nos jugements, ouvre la voie, par ricochet, à une meilleure compréhension d'autrui, qu'il soit souffrant ou non » (Grousset, 2003). Sur le plan de la connaissance de soi et de la communication interpersonnelle, nous citerons quelques autres exemples de modèles que Catherine Minne a répertoriés dans son mémoire de cadre de santé de 2007, auxquels on peut ajouter l'ACT évoquée plus haut:

- L'analyse systémique qui analyse le comportement humain en s'appuyant sur des systèmes de liens, créés par les interactions entre les gens.
- L'analyse transactionnelle, inventée par un disciple de Freud, qui est une interprétation des comportements et des attitudes. Elle permet de développer des stratégies adaptatives pour optimiser la communication et donne des outils pour identifier les différents états du Moi.
- La Programmation Neuro-Linguistique (PNL), théorie d'interprétation de la communication interpersonnelle et de définition des facteurs qui favorisent la communication efficace. Elle se caractérise par le repérage, la description et l'imitation des pratiques et comportements à succès, puis par leur transmission. Elle se fonde également sur des présupposés et un ensemble de techniques permettant de décrire et d'agir sur la subjectivité.
- La communication non-violente, développée par le docteur américain Marshall Rosenberg, fils d'émigrants juifs. Son modèle de communication permet d'aborder toute situation, des relations les plus intimes aux conflits mondiaux en passant par les relations au sein de l'entreprise, de la famille, en restant en accord avec notre humanité.
- Nous ajoutons à cette liste non exhaustive la Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL), abordée en formation initiale, qui place le patient au cœur de la relation thérapeutique, dans sa globalité, et non le trouble dont il est porteur.

Nous avons vu que l'empathie peut s'entraîner, se développer. Les formations sont soit directement tournées vers l'entraînement de l'empathie, soit consacrées à la communication, soit dédiées à la connaissance de soi, capitale pour témoigner d'atti-

tudes de base telles que le respect et l'authenticité et éviter certains obstacles pouvant nuire à la relation d'aide, comme les difficultés personnelles non résolues, la projection de soi ou la peur de se laisser connaître. Nous verrons si les orthophonistes de l'enquête ont bénéficié de certaines de ces formations.

9. Constats, buts et hypothèses

Nous sommes partis du constat que l'empathie est un concept aujourd'hui étudié dans des domaines très variés qui touchent de près à l'orthophonie (les sciences humaines, les sciences cognitives, la pédopsychiatrie) et que peu ou pas d'études ont été menées sur sa place au sein du métier d'orthophoniste.

Notre but est donc faire un état des lieux de l'empathie dans la profession grâce à des entretiens, d'essayer de dégager des constantes et de voir si l'empathie émerge ou non comme une compétence professionnelle orthophonique dans les paroles des thérapeutes.

En outre, les stages durant la formation nous ont fait entrevoir que la relation au patient ne va pas toujours de soi, que l'empathie du thérapeute est importante pour réagir adéquatement, pour ajuster les activités, qu'elle donne du sens à la prise en charge. Nous aimerions donc amener les orthophonistes à s'auto-analyser dans ce domaine délicat et personnel de la relation au patient.

Un dernier but, ambitieux mais légitime, est de susciter la réflexion sur la formation actuelle des orthophonistes, déjà performante, mais qui gagnerait peut-être à intégrer un véritable enseignement de l'empathie dans son programme. Nous verrons ce qu'en pensent les personnes interrogées.

Nous émettons deux hypothèses principales: les orthophonistes interrogés connaissent et pratiquent l'empathie envers leurs patients et ils la considèrent comme une compétence professionnelle.

Nous précisons d'ores et déjà que le but de ce travail n'est pas de donner des réponses, mais au contraire, de soulever des interrogations et de susciter la réflexion sur la place de l'empathie dans la pratique orthophonique.

Sujets, matériel et méthode

1. Le public retenu pour l'enquête

Nous avons élaboré un courriel qui présentait rapidement le sujet du mémoire et qui sollicitait un entretien d'environ quarante cinq minutes à une heure afin de recueillir le point de vue des orthophonistes sur l'empathie. Nous précisions également qu'un second entretien plus court serait envisagé si nécessaire deux mois plus tard.

Nous l'avons d'abord envoyé aux orthophonistes rencontrés lors des stages de 2^e, 3^e et 4^e année, qui représentent 8 personnes et qui ont spontanément répondu oui à notre demande d'entretien. Une collègue d'une de ces personnes, rencontrée pendant un stage, a été ajoutée à l'étude parce qu'elle souhaitait y participer.

Pour élargir le panel des enquêtés, nous avons ensuite envoyé le même courriel aux 51 orthophonistes intervenant à l'Institut Gabriel Decroix de Lille. Six réponses positives ont été obtenues le jour même de l'envoi du courriel, sept autres dans les trois semaines suivantes. Deux autres orthophonistes ayant répondu positivement n'ont pas été retenues dans l'étude parce qu'elles étaient géographiquement trop éloignées. Notons que le pourcentage de réponses favorables obtenues auprès de l'institut s'élève ainsi à 29,4 %, ce qui témoigne d'un intérêt important pour le sujet, souligné d'ailleurs par quatre d'entre eux, ou tout au moins d'une certaine curiosité. Cela nous encourageait déjà pour la passation des entretiens. Le nombre d'orthophonistes rencontrés s'élève donc à 22 personnes: 9 rencontrées sur les lieux de stage et 13 intervenant à l'Institut.

Pour des raisons que nous expliquerons dans le paragraphe suivant consacré à l'outil méthodologique, deux entretiens ont été écartés de l'étude. La population finale de l'enquête est donc composée de 20 orthophonistes: 18 femmes et de 2 hommes, âgés de 26 à 61 ans, diplômés entre 1973 et 2008. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans avec 8 orthophonistes. Tous les types d'exercice sont représentés: libéral, salariat et exercice mixte, avec respectivement 6, 10 et 4 personnes concernées.

2. L'outil méthodologique

2.1. Le choix de l'entretien semi-directif

Pour confirmer ou infirmer nos hypothèses de travail, l'outil méthodologique le plus adéquat semblait l'entretien semi-directif.

Il nous semblait évident, étant donné le sujet du mémoire, de ne pas utiliser un questionnaire fermé ou aux réponses à choix multiples envoyé par courriel. L'intérêt était de rencontrer physiquement les orthophonistes et d'instaurer une relation et un échange dignes du thème de l'empathie. Nous avons donc opté pour l'entretien semi-directif, qui permet un certain naturel, un enchaînement fluide des questions souvent ouvertes, dirigées seulement si besoin et une certaine liberté de parole des orthophonistes. Cet outil permet ainsi d'être davantage à l'écoute, dans la relation avec la personne interrogée, en oubliant le plus possible la trame écrite.

Nous avons donc élaboré une trame d'entretien comprenant deux parties distinctes et que nous présentons des pages 63 à 66:

- Quelques questions sur le parcours professionnel des orthophonistes en début d'entretien. Ces renseignements serviront de variables que nous pensons intéressantes à exploiter selon les résultats de l'enquête. Il s'agit du sexe, de l'âge, de l'année d'obtention du diplôme, des raisons qui ont conduit à exercer le métier d'orthophoniste, du type d'exercice, de la fourchette d'âge des patients et des pathologies traitées. Nous avons numéroté les entretiens de 1 à 20 (E1 à E20) afin de respecter l'anonymat et avons utilisé des sigles pour les pathologies traitées: LO = langage oral, LE = langage écrit, Déglut = troubles de la déglutition, Neuro-dégén = maladies neuro-dégénératives, Aph = aphasies, Bég = bégaiement, Neuro = troubles neurologiques (séquelles d'AVC, traumatisés crâniens), DI = déficience intellectuelle, TC = traumatisés crâniens, T21= Trisomie 21, Alim = alimentation/ alimentaire.
- Une trame écrite d'une dizaine de points à aborder concernant l'empathie en orthophonie, dont certains détaillés en sous-points plus précis

2.2. Précautions méthodologiques

Nous avons tout d'abord choisi d'écarter les deux premiers entretiens de l'enquête. En effet, nous avons sous-estimé la difficulté de l'exercice particulier de l'entretien semi-directif et avons donc préféré les considérer comme des entraînements. Certains points importants n'ont d'ailleurs pas été abordés, parce que nous étions pris dans l'échange, ce qui est positif, mais nous aurions dû les avoir en tête et y penser malgré tout, ce qui a été le cas par la suite, grâce à une meilleure maîtrise de la liste des points à aborder. Avant de réaliser le troisième entretien, nous avons donc détaillé et complété notre trame grâce à certains propos des deux orthophonis-

tes interrogées et avons quand même élaboré un certain ordre de questionnement pour que la conversation avance avec une certaine logique.

Ensuite, nous tenons à préciser que la liste des questions posées aux orthophonistes n'a pas été utilisée stricto sensu. Il s'agissait davantage d'un « pense-bête », organisé et clair, mais non suivi et lu à la lettre. La formulation des questions a donc pu varier car nous ne voulions pas avoir les yeux rivés sur notre feuille. De plus, durant la passation des entretiens, il n'a parfois pas été utile de poser certaines questions parce que les orthophonistes les abordaient spontanément au fil de la conversation. Enfin, nous nous sommes autorisés à reformuler des questions si nécessaire et à en ajouter certaines quand nous avons besoin d'éclaircissements.

Pour faciliter notre travail et être rigoureux dans la retranscription des propos des orthophonistes, nous avons également effectué un enregistrement phonique des entretiens. Ils ont une durée variable de 45minutes à 1h50, selon la loquacité des interlocuteurs sur le sujet.

Etant donné que les entretiens étaient souvent très complets dès la première rencontre et qu'il était finalement difficile, d'un point de vue pratique, d'envisager une deuxième rencontre, nous avons simplement téléphoné à quelques orthophonistes pour des détails supplémentaires ou une question oubliée.

L'analyse qualitative du contenu se veut rigoureuse en laissant la place à toute la diversité des propos. Pour chaque question, nous avons donc élaboré une analyse thématique qui regroupe les réponses les plus intéressantes en ordre décroissant de fréquence et en nous appuyant sur les strictes citations extraites des entretiens. Nous présentons pour une d'entre elles un tableau fréquentiel des réponses, pour plus de clarté et d'esprit de synthèse.

En conclusion, nous tenons à préciser que notre recherche n'a pas de prétention de généralisation. Il s'agit d'une ouverture à la réflexion sur la place de l'empathie en orthophonie à partir d'un panel cependant non négligeable d'orthophonistes. Nous avons pu recueillir les conceptions individuelles sur ce vaste sujet de l'empathie et voir l'orientation spontanée que prenait la réflexion des orthophonistes. Notre approche sera de ce fait plus qualitative que quantitative.

N°	S E X E	A G E	D I P L O M E	RAISONS DU CHOIX DU METIER	TYPE D'EXERCICE	AGE PATIENTS	PATHOLOGIES EN CHARGE	PRISES EN CHARGE
1	H	52	1988	S'est orienté vers l'orthophonie parce qu'il aimait beaucoup les enfants et que ça changeait du métier d'éducateur.	Structure : rééducation fonctionnelle pour adultes	50 - 75	Neuro	
2	F	61	1973	A réussi grâce à une connaissance à faire des études d'orthophonie. Suppose qu'elle a dû connaître le métier au lycée, en cherchant autre chose qu'enseignante. Retraîtée depuis 1 an	Structures : IME/IM Pro + CAT/ ESAT + Sessad	IME/IM Pro: 12 - 20 CAT : à partir de 20 ans Sessad : 6 - 12	DI, Difficultés d'apprentissage en milieu défavorisé. Trisomie Syndromes rares	
3	F	27	2008	Avait une amie orthophoniste. Encadrait aussi des personnes handicapées mentales en colonie et avait été interpellée par leur manque de moyens de communication. A donc choisi l'orthophonie car associe langage et handicap.	Exercice mixte : 50% en service de néonatalogie en hôpital + 50% en libéral	Surtout 0 - 3/4 mois; jusque 5 ans Libéral : 9 mois - 77 ans	Hôpital : troubles d'oralité Libéral : LO, LE	
4	H	31	2004	Entourage proche dans le milieu médical et paramédical + pas voulu être enseignant, a rencontré une orthophoniste avant le concours et cela l'a conforté dans son choix.	Structure : rééducation fonctionnelle pour enfants	1 an ½ - 4 ans	Polyhandicap, IMC, malformations, arrêt du développement, TC, syndromes divers, tumeurs.	
5	F	31	2004	A toujours voulu travailler avec les enfants, aime la discussion et essaye d'aider les autres. Discussion avec une conseillère au lycée qui l'a orienté vers l'orthophonie qu'elle ne connaissait pas.	Libéral	Quelques mois - 90 ans	LO LE surtout Neuro-dégén, Troubles d'oralité	
6	F	54	1978	A découvert l'orthophonie lors d'un carrefour des métiers. Parents enseignants parfois impuissants donc s'est dit que ce métier apportait peut-être des solutions pour les enfants en difficultés d'apprentissage.	Structures : IME + Sessad	04/05/20	DI, Autisme, Difficultés d'apprentissage en milieu défavorisé.	
7	F	56	1978	Désir d'être pédiatre au début car attiré pour le soin aux enfants puis s'est orientée vers l'orthophonie. Son petit frère avait été suivi et a aussi rencontré une connaissance qui se destinait à l'orthophonie.	Structure : ITEP	4 - 16 ans	Troubles de la personnalité (comportement et TED/autisme)	

N°	S E X E	A G E	D I P L O M E	RAISONS DU CHOIX DU METIER	TYPE D'EXERCICE	AGE PATIENTS	PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE
8	F	55	1978	Aimait bien la relation d'aide et la langue française et l'orthophonie associait les deux.	Structures : 84% en IME + 1/4 temps en CMPP	IME : 5 - 18 CMPP (section Camps) : 2 ans ½ - 10/11 ans	IME : DI et pathologies associées, TED, Autisme. CMPP : troubles des apprentissages
9	F	33	2000	A été inscrite par erreur en préparation paramédicale au lieu d'assistance sociale mais a trouvé que c'était aussi une bonne idée de faire de l'orthophonie.	Libéral	2 - 70 ans	LO, LE + Bég, Déglutition atypique.
10	F	26	2007	Cherchait un métier au contact des enfants sans être enseignante + aimait tout ce qui était créatif. A consulté les brochures Onisep et a choisi l'orthophonie.	Libéral	2 - 60 ans	LO, LE + Voix (dysphonie).
11	F	60	1974	Voulait travailler avec les enfants sans être enseignante. Comme une amie voulait faire des études d'orthophonie, elle s'est lancée avec elle.	Libéral	4 - 85 ans	LE, LO + Voix + Neuro-dégén de type Alzheimer
12	F	26	2008	A toujours voulu travailler avec des enfants, attiré par le domaine social. A estimé après des stages que le métier d'assistante sociale n'était pas fait pour elle donc est allée au CIO et s'est documentée sur l'orthophonie.	Exercice mixte : 50% en service de neurologie en hôpital + 50% en libéral	Hôpital : 40 - 90 Libéral : 3 - 13	Hôpital : Aph, Dysarthrie, Déglut, Neuro-dégén Libéral : LO LE
13	F	51	1983	A eu un petit cousin qui bégayait et s'est intéressée à son histoire + intérêt général pour les problèmes de langage des enfants, l'aspect linguistique et aussi le monde médical.	Hôpital	2 - 18 pour les fentes. Adultes pour les pathologies ORL	Fentes, Dymorphoses dento-alvéolaires, Déglut, Voix (suites de cancer et dysphonies dysfonctionnelles)
14	F	54	1978	Sœur qui travaillait en ORL lui a parlé d'orthophonie donc s'est lancée sans trop connaître.	Hôpital	0 - 80	Surdité

N°	S E X E	A G E	D I P L O M E	RAISONS DU CHOIX DU METIER	TYPE D'EXERCICE	AGE PATIENTS	PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE
15	F	53	1978	Passion pour la langue + envie d'un métier relationnel. A entendu parler d'orthophonie par sa sœur enseignante et s'est dit que c'était exactement ce qu'elle recherchait car pédagogique + tournée vers le relationnel + réflexion sur ce que c'est que posséder une langue au mieux.	Structure : IRPA Cadre de santé depuis 2007	2 - 6 quand était encore orthophoniste	Surdité
16	F	43	1991	A choisi ce métier pour le soin apporté à la personne, la relation d'aide.	Structures : deux CAMSP	0 - 6	LO, alim, et oralité alim ds les pathologies suivantes: prématurité, T 21, IMC, syndromes génétiques, troubles de l'oralité alim, dysphasie, troubles de la personnalité, enfants porteurs de gastrotomie.
17	F	41	1993	H�sita� entre orthophoniste et assistante sociale. A choisi ce métier pour l'échange, la relation avec les autres, le côté psychologique de la prise en charge.	Exercice mixte : 80% en libéral + 20% en CAMSP	2 ans à - 83	Libéral : LO CAMSP : LO, alim, et oralité alim ds les pathologies suivantes: T 21, IMC, syndromes génétiques, troubles de l'oralité alim, dysphasie, troubles de la personnalité, enfants porteurs de gastrotomie.
18	F	27	2006	Aimait le milieu médical et social, a cherché quel métier pouvait l'intéresser, n'était pas prête à aller à l'université donc s'est dirigée vers l'orthophonie.	Exercice mixte : 50% en Sessad + 50% en libéral	3 ans à - 52	LE, LO
19	F	56	1977	Quand elle était enfant, a vu le film qui racontait l'histoire d'une fille sourde qui apprenait à parler, a trouvé �a fabuleux. Plus tard est allée au CIO qui lui a conseillé l'orthophonie.	Libéral	10 mois - 99 ans	Neuro-d�g�n, Aph, suites d'opération ORL sauf laryngectomie, LO/LE souvent dans des pathologies associées (Autisme, Trisomie), B�g.
20	F	44	1989	Voulait être enseignante spécialisée mais a entendu parler d'orthophonie, en a rencontré une et a trouvé �a intéressant.	Libéral	18 mois - 66 ans	Surdité + LO/LE associés ou non � la surdité

3. Trame de l'entretien

Q 1: Quand vous travaillez, pensez-vous que votre empathie est consciente ou inconsciente?

Q 2: Quels sont les signes extérieurs de votre empathie, à l'égard des patients et de leur entourage?

Q 3: Qu'apporte l'empathie au patient ? à la prise en charge?

Q4, Q5, Q6: VARIATIONS INTERNES DE L'EMPATHIE

Q 4: Pensez-vous être empathique tout le temps ou seulement à certains moments?

Q 5: Votre empathie fluctue-t-elle en intensité ?

Q 6: Vous est-il déjà arrivé d'être dans une situation qui fait écho en vous à un vécu personnel? Si oui, comment la gérez-vous ?

Q 7: Quels éléments extérieurs peuvent influencer sur votre capacité d'empathie, en plus ou en moins ? (VARIATIONS EXTERNES DE L'EMPATHIE)

Relance 1: le lieu d'exercice?

Relance 2: le type de pathologie?

Relance 3: la personnalité, le comportement du patient ou de son entourage?

Q 8: Quels sont d'après vous les obstacles à l'empathie dans votre pratique?

Relance 1: le type de pathologie?

Relance 2: l'attitude ou la personnalité du patient ou de son entourage?

Relance 3: la gestion du temps de la séance?

Relance 4: la technique utilisée en bilan ou en séance de rééducation?

Q 9: Selon vous, l'empathie est-elle innée? acquise?

Q 10: S'il y a une part d'acquis, pensez-vous que votre empathie a évolué entre votre début de carrière et aujourd'hui?

Q 11: Si oui, grâce à quoi pensez-vous avoir développé votre empathie?

Relance 1: Grâce à des ressources personnelles (expérience, réflexion...)?

Relance 2: Grâce à des discussions avec des collègues?

Relance 3: Grâce à des formations?

Q 12: L'empathie a-t-elle été abordée lors de votre formation initiale?

Q 13: Si vous pensez qu'on peut se former à l'empathie, quelle forme pourrait prendre cet enseignement dans la formation initiale?

Q 14: Est-ce que vous pensez que l'empathie est une compétence professionnelle orthophonique?

Résultats

Il nous faut préciser que nous avons choisi d'analyser les réponses des enquêtés selon un plan un petit peu différent que celui des 14 questions posées, car nous avons effectué certains regroupements. Les résultats sont ordonnés en dix points:

- les points 1, 2 et 3 reprennent respectivement les questions 1, 2 et 3
- le point 4 (la peur d'une empathie excessive) n'a pas fait l'objet d'un questionnement mais le sujet était si souvent abordé qu'il fallait en rendre compte
- le point 5 (variations internes de l'empathie) reprend les questions 4, 5 et 6
- le point 6 (variations externes et blocages de l'empathie) correspond aux questions 7 et 8
- le point 7 reprend les questions 9 et 10 et le point 8 les questions 11 et 12
- les points 9 et 10 correspondent respectivement aux questions 13 et 14

1. L'empathie: consciente ou inconsciente?

La première question a pour objectif d'introduire le thème de l'entretien et d'amorcer la réflexion sur l'aspect naturel ou travaillé de l'empathie en orthophonie.

Elle dévoile déjà toute la difficulté de cerner la nature de l'empathie car aucun type de réponse ne domine largement les autres. Nous pouvons aussi préciser que plusieurs orthophonistes ont hésité avant de répondre, parce qu'ils n'avaient jamais réfléchi sur ce sujet.

La réponse la plus représentée est celle d'une empathie inconsciente, plutôt chez les jeunes orthophonistes (8 occurrences):

E9: « C'est pas conscient, ça fait un peu partie de la personne ou pas. »

E18: « On n'en parle pas beaucoup, c'est chacun naturellement avec son caractère. »

E19: « C'est naturel, pour moi ça va de soi, j'ai jamais réfléchi à il faut faire comme ci ou il faudrait faire comme ça. »

En revanche cinq orthophonistes pensent avec pas ou très peu d'hésitation que leur empathie est consciente, inscrite dans leur démarche professionnelle. Ils la définissent surtout comme un « outil de travail » (E6, E7), « quelque chose de conscient, de construit, de réfléchi, d'utile et de à contrôler. » (E7), « une empathie mesurée, une empathie de professionnel » (E14).

Une autre personne explique que son empathie est consciente parce que l'accompagnement parental en CAMSP est très important:

E16: « Je pense que c'est quand même plutôt conscient. On est beaucoup dans l'accompagnement. Nous on arrive à un moment donné où il y a découverte des troubles, voire pose de diagnostic et je trouve que là il est vraiment important que l'on soutienne les parents. »

Sept orthophonistes enfin estiment d'emblée que c'est conscient et inconscient à la fois, mélange de tempérament et de professionnalisme :

E4: « Un petit peu des deux j'imagine ... j'y travaille, en ce sens elle est consciente, parce que j'en discute avec mes collègues régulièrement, après il y a des choses sans doute inconscientes qui se passent. »

E6: « Je pense qu'il y a les deux de nature. Je dois avoir quand même un tempérament plutôt empathique, voilà, mais après oui, je le sais, je le conscientise, j'y fais attention, c'est vraiment pour moi une attitude professionnelle... C'est un outil, quelque chose à travailler. »

E10: « Je pense qu'il y a un peu des deux. Je pense qu'il y a du naturel, tu peux pas contrôler une part d'empathie naturelle et d'un autre côté, tu réfléchis à comment tu réagis dans telle ou telle situation, pourquoi tu le fais. »

Par ailleurs, certains précisent que leur empathie est davantage consciente face à des patients avec lesquels le courant passe mal:

E13: « On a peut-être besoin de se le rappeler quand on a des a priori ou alors des gens qu'on supporte pas, des gens qui ont des comportements qui ne nous plaisent pas ».

E1: « Là où je dois être beaucoup plus conscient du travail d'empathie, c'est lorsqu'effectivement j'ai un patient qui a des idées qui sont vraiment à l'opposé des miennes. »

Commentaire:

Cette première question révèle une grande variété de points de vue sur le recours conscient ou non à l'empathie. Certains ne la conscientisent pas du tout, d'autres oui, en partie ou en totalité. Il est intéressant de noter que plusieurs orthophonistes parlent d'elle comme d'un « outil » et de quelque chose de « construit » et de « réfléchi ».

2. Les signes extérieurs de l'empathie, envers les patients et leur entourage

Cette question très ouverte a deux objectifs: lancer la réflexion de chaque orthophoniste sur sa pratique de l'empathie et discerner la conception qu'ils en ont.

Nous avons choisi de présenter les items clé selon leur ordre de fréquence d'apparition dans un tableau.

Numéro des entretiens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
Paroles		+	+	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+		+		+		15
Ecoute	+	+			+	+	+		+	+	+		+		+	+			+		12
Respect et non-jugement				+	+	+	+	+		+	+		+		+	+					10
Compréhension		+	+		+	+									+	+		+	+	+	9
Toucher, gestes	+		+		+		+						+		+					+	7
Posture avec enfants		+				+	+						+		+	+		+			7
Disponibilité, ouverture	+			+	+	+						+			+		+				7
Accueil, chaleur, sourire				+							+	+		+	+		+				6
Calme, silence						+	+		+			+							+		5
Regard	+				+	+	+												+		5
Adaptation		+				+	+								+		+				5
Observation	+				+		+	+													4
Simplicité, humilité				+	+										+						3
Voix douce et lente avec enfants			+		+													+			3
Décentration															+		+				2

D'emblée, le tableau permet de constater que quatre caractéristiques primordiales de l'empathie (paroles, écoute, compréhension et respect) sont les plus citées, mais qu'il en existe trois autres qui n'apparaissent qu'en milieu ou bas de tableau (disponibilité/ouverture, adaptation et décentration). Les orthophonistes ont donc une connaissance globale de l'empathie mais peu sont en mesure de préciser la spécificité de l'empathie en orthophonie, qui en fait un réel outil de travail.

2.1. Le champ lexical de l'empathie (domaine du verbal)

L'écoute

C'est l'item le plus souvent cité en premier dans le discours des orthophonistes. L'écoute est en effet la base de toute empathie mais aussi un élément capital dans le travail orthophonique:

E1: « La première chose pour moi c'est de regarder l'autre et d'ouvrir ses oreilles. Si je devais retenir deux mots clés, je dirais l'observation et l'écoute. »

E2: « Bah déjà écouter la personne, mais pas écouter n'importe comment. »

E6: « Déjà l'écoute, de prêter attention, que la personne à ce moment-là ait l'impression, le sentiment d'être importante, d'être écoutée, que ce qu'elle dit est intéressant, que ce qu'elle fait, je m'y intéresse. Je pense que ça serait ça déjà les attitudes premières. »

Il apparaît à plusieurs reprises que l'écoute peut suffire en elle-même:

E5: « Je pense que l'écoute c'est ce qu'il y a de plus important, pas chercher à trouver des solutions ou je ne sais quoi parce que c'est pas notre rôle, même le psy c'est pas son rôle... »

E13: « Sur le moment je ne réagis pas forcément directement... l'impression de vouloir donner des conseils de vie aux gens... Je pense que l'écoute c'est déjà une attitude empathique et puis après dans ce que j'ai entendu, si j'estime qu'il faut revenir sur certaines choses, j'y reviens à la séance suivante. »

E16: « Je me rends compte parfois que peut-être je veux trop trouver des solutions, vraiment les aider, et que peut-être parfois simplement les écouter ce serait peut-être aussi suffisant. »

Une bonne écoute pourrait même aider le patient à débloquer seul une situation, parce que parler l'aurait fait ensuite cheminer et trouver une issue:

E13: « Parfois le fait d'écouter de cette façon-là peut faire réfléchir après, à quelque chose qui pourrait bloquer la personne dans sa progression. »

Les paroles

Au niveau des paroles empathiques employées, moyen clairement cité comme tel et illustré par 15 personnes, les orthophonistes précisent parfois leur teneur, qui prend deux grandes orientations.

Il s'agit surtout de soutien moral quand les enfants, et surtout les parents, expriment leurs sentiments et difficultés:

E3: « C'est plus par rapport aux mots que je vais employer peut-être, dans le sens où quand les parents vont me parler de leurs difficultés, je vais me mettre à leur place,

je vais dire: bah oui moi à votre place je réagirais de la même façon que vous, ...c'est normal que vous ayez peur... »

E16: « Avec des enfants un petit peu plus grands, à certains moments en séance, quand je vois des signes de souffrance, je mets des mots dessus... Après au niveau des parents, j'essaie d'être à l'écoute, j'essaie de leur dire que j'entends bien ce qu'ils disent, parfois je vais jusqu'à dire que oui oui je vois bien que c'est difficile pour eux, que c'est normal, j'essaie toujours de les déculpabiliser. »

E15: « Et puis de temps en temps, sans en abuser, dire: vous savez je comprends que ça soit difficile. »

Il peut s'agir également d'un encouragement pendant le travail orthophonique:

E7: « Je t'aide, je comprends, c'est dur, il y a des mots quand même comme ça, je sais c'est difficile, c'est un vrai travail, c'est le moment de le faire ».

E9: « Je pose des questions à l'enfant, je demande pourquoi il a trouvé cette réponse-là, ou alors quand il a fait une erreur, pourquoi il en est venu à cette erreur, qu'est-ce qu'il avait dans sa tête, je demande souvent ça, essaie de m'expliquer ton cheminement ».

Deux orthophonistes seulement évoquent la reformulation empathique, l'une pour préciser qu'elle la connaît bien mais que ce n'est pas facile à mettre en place :

E15: « Moi j'ai fait des formations, des stages, où c'était de la pratique. On nous faisait par exemple, reformuler. Bah c'est très difficile de reformuler. Tout compte fait on met un peu d'interprétation et donc on n'est pas vraiment dans l'empathie. Et je ne me targue pas de savoir le faire. »

l'autre pour expliquer qu'elle connaît la technique de reformulation grâce au travail d'équipe et notamment grâce aux conseils du pédopsychiatre du Sessad où elle travaille:

E18: « Des fois ils (les parents) vont dire des choses et tu dois reprendre finalement la même phrase mais tu leur dis pas « je suis pas d'accord avec vous » mais tu vois « ah vous pensez comme ça... » et on amène une petite nuance. En fait apparemment ça les fait plus réfléchir quand on leur renvoie la phrase qu'ils viennent de dire, ça fait plus écho que si tu dis « ah oui mais moi je pense plutôt ça ».

Le respect

Vient ensuite la notion de respect (10 occurrences), qui n'a pas le même objet s'il s'adresse au patient ou à l'entourage.

Certains orthophonistes estiment que l'empathie passe tout d'abord par le respect du rythme du patient. C'est un élément de l'attitude empathique: considérer l'autre tel qu'il est, l'accepter avec son fonctionnement propre et ne pas le brusquer:

E7: « Deux façons d'être empathique: ou ne pas aller trop dans des propositions orthophoniques parce que je sens que l'enfant n'est pas du tout réceptif... donc un respect pour son espèce d'énergie interne qui le barre dans la possibilité de travailler ou bien au contraire ce sera le forcer un peu ».

E8: « Je respecte toujours la distance que les enfants mettent. Il y a des enfants, quand je vais les chercher dans le groupe par exemple, il y en a qui me donnent la main, y en a qui marchent deux ou trois mètres derrière, y en a qui courent devant. Souvent je leur laisse la distance comme ça pour leur permettre eux de se mettre après dans la relation, à leur rythme, et puis respecter un peu comme ça leur bulle. »

E11: « Quelquefois on voudrait que ça aille plus vite et puis on se dit bah non cet enfant il est à son rythme, on ne peut pas aller plus vite. »

Quand le patient est un adulte abîmé par la vie, une orthophoniste s'efforce de ne pas juger son mode de vie:

E13: « Parfois ils sont très culpabilisés dans leur milieu familial. A chaque fois qu'ils se plaignent, on leur renvoie que c'est une punition. Tandis qu'ici, la maladie n'est jamais jugée comme étant une punition, la sanction d'un mauvais comportement. »

Le respect concerne aussi les parents: savoir accepter leur comportement, accepter leur point de vue, même s'il est différent du nôtre et qu'il nous déplaît:

E4: « Il peut y avoir des comportements qui sont un peu étranges quand on les prend au premier degré, parfois d'agressivité, parfois de trop grand détachement. Si on prend comme point de départ que c'est des parents qui rencontrent des choses incroyablement douloureuses, difficiles à gérer... on prend déjà le recul. »

E6: « Etre empathique avec les parents, c'est-à-dire écouter ce qu'ils disent alors qu'on n'est pas du tout d'accord avec ce qu'ils disent. Quelquefois les parents ont des comportements qui dysfonctionnent, qui ne sont pas du tout adaptés. Réussir à écouter, voilà, en mettant de côté tout mon ressenti... »

E15: « Et puis aussi je pense que la technique qui marche le mieux c'est d'essayer de ne pas juger. C'est ça l'écoute active, Rogers et compagnie, c'est « j'écoute mais je ne juge pas ».

Non seulement les parents apprécient de ne pas être jugés mais ce respect peut aussi les aider à parler sans crainte, comme avec cet orthophoniste qui fait de l'humilité un aspect important de sa relation avec eux:

E4: « Ça leur permet d'échanger avec moi d'égal à égal... plus que si je les prenais froidement, en tant que professionnel, caché derrière un savoir technique, faisant tomber une bonne parole de je ne sais où et en leur demandant d'appliquer ce que je leur demande et c'est tout. Non, ils peuvent échanger avec moi et me dire ce qu'ils ont envie de me dire, sans avoir l'impression de ne pas savoir. »

La capacité à se décentrer

Cet élément très important d'une empathie réussie, lié à la capacité de non-jugement, n'est cité que par deux orthophonistes:

E17: « Ça veut peut-être dire aussi se décentrer quoi, faire la place en soi pour laisser l'autre arriver avec ce qu'il est, ses sentiments, son mal-être, son bien-être. »

La seconde orthophoniste, cadre de santé, explique cette attitude en partant des erreurs de définition de l'empathie dans les médias:

E15: « Dans les journaux, partout, c'est beaucoup utilisé, mais plutôt dans le terme quelqu'un de sympathique, chaleureux, on va dire qu'il est très empathique, mais c'est pas ça pour moi, c'est vraiment quelqu'un qui a la capacité à se décentrer, qui n'est pas centré sur ses propres réactions mais sur celles de l'autre. »

Cette ancienne orthophoniste précise d'ailleurs toute la difficulté de la démarche quand les cultures de l'orthophoniste et du patient ou de sa famille sont différentes:

E15: « Et ça y a du boulot dans l'encadrement des équipes sur ça parce que parfois culturellement il y a des réactions familiales qui sont pas du tout les mêmes. Il faut aider, faire prendre conscience aux gens que c'est leur système de valeurs mais que c'est peut-être pas celui de la famille.»

Savoir se décentrer facilite l'adoption d'une **attitude humble et simple**:

E15: « Je pense que c'était un objectif dans mes suivis, notamment au niveau des familles, de ne pas se poser en professionnel qui sait des choses, d'être simple dans la manière dont on explique, d'être très concret. Je pense que c'est ça l'empathie aussi, c'est pas je suis le professionnel qui sait, regardez. Non, c'est essayer de se mettre à leur place.»

E4: « L'idéal étant un professionnel qui est quand même humble et qui comprend qu'avec ce qu'il sait, il en sait pas assez pour avoir une attitude de chef, de guide. »

La compréhension

Comprendre et montrer que l'on comprend la situation et le trouble du patient et de sa famille apparaît également comme une manifestation importante de l'empathie de l'orthophoniste (9 occurrences).

Nous avons eu un aperçu de l'expression de cette compréhension dans les exemples précédents de paroles empathiques mais nous citerons quand même les propos d'une orthophoniste qui insiste sur ce point:

E15: « Renvoyer juste je comprends que c'est difficile, ça me semble très important ça. »

Une orthophoniste en néonatalogie insiste aussi particulièrement sur la place de la compréhension empathique dans son travail:

E3: « Je pense qu'on est obligé de prendre conscience des difficultés des parents pour savoir de quelle manière agir. Si on se trouve très loin, à dix mille années lumière du vécu des parents, on va pouvoir faire tout ce qu'on veut, ça ne marchera pas. Il faut comprendre ce qui bloque chez les parents et chez l'enfant pour que la rééducation se passe bien et qu'on avance. C'est pour ça que pour moi l'empathie c'est central. »

La compréhension empathique est aussi parfois associée à la prise en compte du patient dans sa globalité, afin d'éviter de le réduire à un trouble:

E5: « Comprendre qu'on n'a pas juste un patient et ses troubles du langage, ses troubles de mémoire etc mais comprendre qu'il y a une souffrance aussi derrière. »

E2: « C'est la base de tout, que la personne soit une personne quoi, en face quoi, et pas un trouble. »

Deux orthophonistes expliquent d'ailleurs qu'elles prennent parfois la défense d'un patient en réunion, en rappelant qu'il faut le considérer dans sa globalité:

E8: « Par exemple, face aux équipes d'éducateurs, je me mets souvent du côté du gamin parce qu'il est tout seul face au groupe. Et quand on me dit oui mais ci, oui mais ça, j'essaye de faire émerger que c'est un individu et même s'il fait partie d'un groupe, il a une existence à part entière et qu'il peut aussi avoir des moments où ça va bien et aussi des moments où ça va pas. »

E13: « Comme je travaille en équipe, quelquefois c'est moi qui rappelle à l'équipe que la personne peut avoir d'autres difficultés que l'aspect un peu technique qu'on veut lui imposer, que son attitude est en rapport avec d'autres difficultés. »

L'adaptation

C'est un élément primordial qui témoigne d'une empathie professionnelle de l'orthophoniste. En effet, il ne suffit pas d'écouter, d'observer et de comprendre, il faut agir en conséquence. Cet « accordage » (E6) n'est pourtant cité que par cinq orthophonistes. On le retrouve par exemple dans les propos suivants:

E2: « Pour moi l'orthophonie, la rééducation c'est mettre en jeu tout ce que connaît déjà la personne d'en face, mettre en jeu de façon que la personne, enfant ou adulte, comprenne les ressources qui sont en elles et essayer de bah oui peut-être l'empathie c'est un peu se mettre à la place mais, essayer de trouver par quel chemin il va comprendre quelque chose. »

E6: « M'accorder à lui [l'enfant], d'essayer de voir un peu, parce que je me dis que c'est moi qui dois m'y adapter. C'est pas l'enfant qui vient qui doit s'adapter. »

L'orthophoniste peut aussi chercher à s'adapter aux parents:

E15: « Ce que j'essayais de faire le plus possible, c'est de me rapprocher d'eux pour être à leur niveau de compréhension; ça je pense que c'est purement empathique, c'est vraiment s'adapter et aller les chercher là où ils peuvent faire quelque chose. »

Par ailleurs une orthophoniste laisse cheminer sa pensée et aboutit à une définition très intéressante de l'empathie professionnelle, qui est de prendre en compte les observations pour s'adapter:

E7: « Alors peut-être l'empathie, c'est si on en tient compte de notre observation, est-ce qu'on y répond ou pas, quoi. »

Enfin, sept orthophonistes citent avec raison **la disponibilité et l'ouverture** comme signes d'empathie. Il faut en effet oublier ses propres préoccupations pour se consacrer entièrement au patient et à sa famille, avoir l'attitude d'« être prête, de regarder, d'être disponible » (E6).

2.2. Le non-verbal

Certains **gestes** d'empathie sont utilisés envers les patients:

E1: « Souvent, une des manières que j'ai de faire, quand la personne se laisse aller à la tristesse, je touche. C'est une de mes manières de dire que je suis en contact avec elle. Sans dire un mot dans ces cas-là. »

Parfois c'est avec un parent, quand une situation difficile empêche de trouver les mots et aboutit à « un petit geste de réconfort » (E16).

Mais beaucoup précisent aussi qu'il faut être mesuré dans ses gestes, afin de garder la distance nécessaire:

E5: « On peut avoir des gestes, je sais que j'ai déjà pris les mains des patients dans mes mains. Je pense qu'après il faut pas aller au-delà non plus. Je reste toujours sur le fait que je suis pas juste une thérapeute, je suis quelqu'un d'humain. »

L'orthophoniste empathique doit savoir aussi **être silencieux**:

E7: « Ça peut se traduire par un relatif silence, parce que je suis très bavarde, pour qu'il (l'enfant) puisse prendre sa place. »

E9: « Savoir se taire. Il y a beaucoup d'ortho qui veulent meubler je trouve, qui ont peur du silence. Moi le silence ne me dérange pas du tout. Oui, laisser un peu l'enfant s'exprimer. »

et doit savoir **garder son calme**, comme cette orthophoniste qui travaille avec des enfants porteurs de troubles du comportement:

E7: « Un enfant qui fait tout pour se faire rejeter, eh bien l'empathie pour moi à ce moment-là va être de laisser glisser, ne pas réagir en miroir à tout ce qu'il peut m'envoyer comme messages agressants. Donc ça peut se traduire comme ça, un certain calme. »

Quant au regard, il est « adressé » (E19), doux et « non apitoyant » (E5). L'orthophoniste qui travaille en centre auprès d'adultes parfois handicapés physiquement évoque même un regard « positif » (E1).

La relation avec le patient implique par ailleurs des marques d'empathie plus particulières dans le domaine de la **posture**, en posant parfois le problème de la distance physique appropriée, « parce qu'il y a un certaine distance à mettre, pas trop grande, pas trop petite. » (E2)

Une orthophoniste évoque un éloignement physique de plus en plus grand quand l'enfant grandit, avec une certaine marge d'adaptation possible:

E6: « Petit, vraiment plus petit, peut-être ils vont être à côté, mais assez vite je vais les mettre en face, avec un bureau pas trop large. Et j'ai une chaise à roulettes, qui

me permet d'avancer ou de reculer selon qu'il a besoin d'un peu plus d'espace ou plutôt de ne pas être trop loin. »

Une autre orthophoniste signale surtout l'importance de savoir s'éloigner quand le patient en a besoin :

E7: « Être empathique, ça peut aussi être en retrait, à certains moments s'abstraire de la relation pour laisser souffler l'autre. »

En position debout, certains orthophonistes témoignent de leur empathie envers l'enfant en se mettant « très souvent à son niveau » (E16), « à sa hauteur » (E13), jusqu'à se mettre à quatre pattes s'il le faut :

E15: « Je crois que l'empathie avec l'enfant elle existe, c'est-à-dire il faut se mettre à quatre pattes, il faut jouer quand on s'occupe de petits. »

Enfin une **voix** douce, ralentie, posée est citée comme un signe d'empathie exclusivement avec les enfants, et notamment les bébés en néonatalogie.

2.3. Accueil, chaleur, sourire

Nous avons choisi d'isoler ce dernier item, parce que nous estimons qu'il n'est pas directement lié à une attitude empathique, même s'il a son importance. Nous l'associons plutôt à la sphère relationnelle globale, l'amabilité. Voici quelques exemples de propos :

E11: « L'accueil, le sourire, l'abord, ça apporte beaucoup pour la famille je pense, d'avoir cette attitude-là. »

E15: « L'une des premières missions, c'est l'accueil, c'est comment on accueille la personne la première fois qu'on la voit, tout se joue là quand même. »

Comme le souligne la dernière orthophoniste citée, la qualité de l'accueil est importante car elle fonde les bases de la relation soignant-soigné. Mais elle ne suffit pas pour instaurer l'empathie du thérapeute. Si on ne va pas plus loin, on en reste plutôt au stade de la sympathie, de la volonté d'être agréable :

E12: « Par mon faciès, mon sourire, j'essaie de montrer au patient que je fais abordable, assez ouverte, et donc il y a beaucoup de gens qui se confient, qui arrivent à parler parce que je montre que je suis ouverte, que je parle beaucoup. »

Or nous avons vu que la sympathie n'est pas une condition de l'empathie, ce que soutient d'ailleurs une orthophoniste :

E15: « On peut être empathique sans avoir énormément de chaleur. Il faut se pencher sur le concept pour en comprendre le vrai sens psychologique. »

tandis qu'une autre, qui avait associé les deux en évoquant l'exemple d'une orthophoniste non empathique parce que très froide, nuance ses propos:

E11: « il n'y a pas cette chaleur. Enfin, c'est peut-être encore différent de l'empathie. »

Commentaire:

Cette question très ouverte révèle que les orthophonistes connaissent assez bien le concept d'empathie, parfois de manière intuitive. Reste que certaines caractéristiques plus approfondies du concept, plus professionnelles comme la décentration, l'adaptabilité, l'humilité, la disponibilité sont peu citées ou évoquées, alors qu'elles permettent un réel ajustement de l'orthophoniste au patient.

Enfin, cette question a permis de constater que la frontière entre empathie, sympathie, chaleur n'est pas claire dans tous les esprits.

3. Apport de l'empathie

L'objectif de cette question est de faire réfléchir les orthophonistes aux bienfaits de leur empathie sur le patient, ou son entourage, et sur la prise en charge.

3.1. Apport de l'empathie au patient et à son entourage

Se sentir écouté et compris

Nous évoquons tout de suite ce bienfait de l'empathie, tellement évident qu'il n'est cité que par trois orthophonistes, parce qu'il est une condition requise pour tous les bienfaits suivants. Le patient se sent considéré, il se dit « on me reconnaît avec cette difficulté-là, on m'entend » (E20) et les parents aussi, comme ceux accueillis en néonatalogie, qui disent à l'orthophoniste:

E3: « Ça fait du bien, ça fait du bien qu'on soit compris, enfin une personne qui nous écoute. Et après ça se voit. Il y a beaucoup de parents qui pleurent... ».

La confiance

La réponse majoritaire, donnée par douze orthophonistes, est que l'empathie apporte au patient de se sentir en confiance:

E1: « Il va s'instaurer entre les deux une relation de confiance, je dirais, qui va être plus forte. »

E17: « Un éveil de l'enfant, une confiance aussi, je trouve, qui est importante. »

E18: « C'est surtout par rapport au relationnel que ça apporte, qu'il ait confiance, et puis que t'es là aussi pour l'écouter quoi. »

E19: « Je pense que ça établit le climat de confiance qu'il y a entre les deux. »

Un orthophoniste ajoute à cette confiance le regain d'estime de soi que certains enfants n'avaient pas ou plus avant d'être pris en charge au Sessad:

E6: « Ça lui permet au niveau de l'estime de lui, pendant ce temps-là il est unique et il est important, il est important pour quelqu'un. Quelquefois les collègues peuvent dire aussi: en sortant de ton bureau, il est boosté. »

Cette orthophoniste explique aussi que la confiance de l'enfant peut provenir de son attitude d'« accordage » dont nous avons parlé à la question précédente, qui

fait que l'enfant est content de trouver un adulte qui s'adapte à lui, attitude qu'il n'a parfois pas l'habitude de rencontrer dans son entourage:

E6: « Aussi l'accordage... je pense que dans la prise en charge, ça leur offre quelque chose qui est accordé à ce qu'ils sont à ce moment-là... je pense que ça les met en confiance et que ça leur offre aussi quelquefois une image d'adulte différent. »

La motivation

La confiance que le patient ressent s'accompagne d'autres signes positifs, tels que la motivation (sept occurrences), qui amène le patient à s'investir davantage:

E1: « Et donc du coup, vous pourrez probablement amener le patient plus loin que là où il serait allé si vous aviez été juste applicateur de techniques. »

E4: « Une fois que les enfants sentent ce climat, ils vont donner naturellement le meilleur d'eux-mêmes. »

E10: « Je pense qu'ils sont plus motivés et qu'ils vont avoir envie de travailler. »

E14: « A partir du moment où les gens savent que vous faites ça pour eux, ils vont s'en donner à plein, beaucoup plus que s'ils ne sentent pas ce sentiment d'empathie que vous avez. »

Etre reconnu comme une personne

L'empathie apporte aussi au patient, selon six orthophonistes, d'être reconnu comme une personne dans sa globalité et non comme un malade, parce qu'on l'écoute et qu'on s'intéresse à lui sous tous les aspects:

E5: « On écoute la personne qu'on a derrière. Moi je reste persuadée que si on traite que le symptôme, on n'avancera à rien. »

E8: « Ça les rassure dans le fait qu'ils sont reconnus en tant que tel, que pour la prise en charge, l'important c'est pas les exercices qu'on doit faire mais c'est aussi comment eux ils vont. »

E19: « Le patient se rend compte qu'il n'est pas vu que comme un malade ou qu'un enfant n'est pas vu que par rapport à son trouble, c'est la personne en elle-même quoi, dans son entité. Je pense que c'est là où ça passe. Et avec les familles aussi, ça c'est important. »

Une orthophoniste rappelle que la relation est au cœur du soin orthophonique, donc la personne est plus importante que le trouble dont il est porteur:

E15: « Il y a quelque chose de plus important qu'uniquement sa rééducation, c'est jamais qu'un acte technique pur, on est quand même dans du soin relationnel. »

La détente

Le fait que le patient soit plus détendu, plus à l'aise est également cité par sept orthophonistes:

E3: « Par exemple après notre explication la personne craque, donc là on sent que ça fait du bien, parce qu'elle se laisse aller, soulagée. »

E14: « Les patients se sentent bien, ça se voit, ils viennent, en général, avec plaisir, c'est un moment qui leur est consacré ».

E20: « Moins d'angoisse... moins d'inquiétude »

L'envie de venir, l'ouverture du patient

Il va de soi que le patient écouté, en confiance, détendu a alors « envie de venir » en séance (E11), le « plaisir » de venir (E14) et il fait preuve alors d'une « certaine ouverture » (E20), parle davantage:

E12: « Le patient sera plus à l'aise et plus en confiance, donc il sera forcément plus ouvert...Ils (enfant et adulte) seront plus à l'aise pour communiquer et dire ce qui va et ce qui ne va pas. »

L'empathie du patient en retour

Ensuite, les deux hommes du panel évoquent le fait que le patient, objet d'empathie, ressent à son tour de l'empathie pour l'orthophoniste:

E1: « Si vous êtes tout à fait en empathie avec votre patient, il va y avoir un phénomène de transfert, contre-transfert, il va être aussi très en empathie avec vous ».

L'autre orthophoniste parle en se mettant à la place des parents:

E4: « Quand on sent que la personne qui est en face de nous essaie de partager des choses avec nous, on va avoir envie de partager des choses avec elle. Là pour le coup l'être humain est comme ça, on résiste pas quand quelqu'un nous propose un bout de chemin sympa ».

Commentaire:

Nous remarquons que beaucoup de termes attachés au champ lexical de l'empathie se retrouvent dans les propos des orthophonistes et en découlent

directement: patient compris, écouté, motivé, reconnu en tant que personne, en confiance, empathique en retour. En revanche, l'envie de venir en séance et l'ouverture du patient découlent plutôt des qualités humaines plus larges de l'orthophoniste.

3.2. Apport de l'empathie à la prise en charge

Les réponses à cette question sont bien moins variées et l'une d'entre elles se dégage nettement. En effet, quinze orthophonistes estiment que leur attitude empathique permet à la prise en charge d'être plus efficace et au patient de réaliser davantage de progrès:

E13: « Si on sait s'en servir je pense que ça contribue aux progrès. C'est pas forcément le moteur, mais ça peut être le catalyseur de la prise en charge. »

E5: « Je pense que le patient, de se sentir en confiance, de se sentir compris dans sa difficulté et dans sa douleur, il avance beaucoup mieux ».

E20: « Moins d'inquiétude, une certaine ouverture, et c'est souvent là à ce moment-là, qu'on voit les progrès. »

E6: « Moi je pense que les résultats sont meilleurs. »

E12: « Ça permet en règle générale à l'enfant et à l'adulte d'oser et de ne pas avoir peur de se tromper. Et du coup quand on est moins sur la réserve, je pense que l'évolution est plus rapide. »

Notons que cinq orthophonistes répondent d'emblée ou ajoutent qu'elles ne conçoivent pas l'orthophonie sans empathie:

E20: « Je pense qu'elle fait partie de la communication, de la relation avec l'autre, j'ai du mal à concevoir une prise en charge sans empathie. »

E7: « Pour moi c'est inconcevable qu'il n'y en ait pas. On ne peut pas être orthophoniste sans pouvoir laisser résonner les émotions, la douleur, les joies de l'autre en soi. »

Enfin trois orthophonistes émettent un avis moins tranché quant à la participation de l'empathie aux progrès du patient. L'une ne sait pas du tout si l'empathie y contribue, une autre avoue à contrecœur que certaines prises en charge sont possibles sans empathie:

E15: « J'ai du mal à imaginer une pratique dénuée d'empathie. Et ceci dit je ne suis pas si sûre d'avoir raison. Il y a des personnes qui ont une conception technique uniquement, et pour moi quand on est vraiment uniquement technique, on peut être complètement dénué d'empathie. On fait faire un exercice à un gamin, que ce soit de reconnaissance auditive ou de langage écrit sur l'ordinateur, et ce n'est pas forcément peut-être catastrophique, disons qu'après ça dépend de la conception qu'on a de son rôle. »

La dernière explique d'emblée qu'un patient peut progresser avec ou sans l'empathie de son orthophoniste, que ça dépend du type de prise en charge requis pour son trouble:

E11: « Question progrès ça dépend des cas. Un enfant qui n'a pas de difficulté psychologique peut-être ou une rééducation plus technique, ça passera, ça ira aussi bien. Mais il y a aussi des cas où l'enfant ne veut plus retourner chez l'orthophoniste ».

Commentaire:

Les bienfaits de l'empathie sur la prise en charge et les progrès du patient ne font pas de doute dans les propos des enquêtés, qui soulignent très souvent que l'empathie fait partie du métier. Cependant il apparaît malgré tout qu'elle n'est pas indispensable aux progrès, elle y contribue seulement et que les progrès sont possibles sans empathie, selon la nature du trouble et ce que recherche le patient.

4. La peur d'une empathie excessive

Ce thème n'a pas fait l'objet d'une question particulière mais a très souvent été abordé par les orthophonistes eux-mêmes. Il est donc intéressant d'en faire état. Pour beaucoup d'entre eux, l'empathie induit une distance au patient qu'il n'est pas toujours facile de tenir. Nous verrons donc quelles stratégies ils mettent en place.

L'orthophoniste est considéré comme un ami, un confident

Tout d'abord le danger peut se situer du côté du patient. Qu'il interprète mal l'empathie pourtant bien dosée de son orthophoniste ou qu'il en reçoive effectivement trop, le patient (ou les parents) peut s'orienter vers une relation de sympathie, d'amitié qui est néfaste pour l'efficacité de la prise en charge (quatre occurrences):

E2: « Quelquefois il faudrait faire attention à certaines distances, on nous prendrait vite pour des amies ou des copines. »

E1: « Avec certains patients, il m'est arrivé de tomber dans le panneau du « je t'invite au restaurant » ou du cadeau, mais le cadeau répété. Voilà, c'est quelque chose que j'ai dû quelquefois rappeler au patient. »

Pourtant le rôle de l'orthophoniste doit se limiter à la sphère professionnelle:

E7: « Une dame qui accompagnait sa fille, et puis sa fille avait du mal à la laisser partir. Et puis finalement elle était tout le temps là cette dame et puis on aurait pu aller boire un café ensemble, quoi, on papotait et j'arrivais absolument plus à retrouver ma position de professionnelle. »

Trois orthophonistes signalent également le fait que le patient ou les parents vont parfois trop loin dans les confidences sur leur vie privée et qu'ils sont alors pris pour des psychologues :

E1: « Vous n'êtes plus tout à fait le thérapeute, vous êtes en train de devenir en même temps le confident de tous les petits soucis, et comme forcément vous êtes payé quelque part pour être à disposition, pour être à l'écoute, vous pouvez vous retrouver si vous n'y prêtez pas attention, au milieu de conflits familiaux ou de conflits conjugaux, ou de conflits au travail, ce genre de choses. A ce moment-là il est bon de rappeler au patient quel est exactement votre rôle. »

E5: « Savoir rediriger quand justement on tombe dans trop de problèmes, parce qu'obligatoirement on dérive toujours sur leur vie, leur personnalité, etc... il y a un moment où ça dépasse mon rôle ».

Hormis ces quelques témoignages qui situent les conséquences négatives de l'empathie du côté du patient ou des parents, la majorité des orthophonistes expriment les travers dans lesquels eux-mêmes peuvent tomber quand ils ne maîtrisent pas leur empathie.

L'orthophoniste tombe dans la compassion (sympathie au sens grec)

Pour onze d'entre eux, le risque d'un excès d'empathie peut conduire le professionnel à entrer en compassion avec le patient ou son entourage, ce qui n'est pas une attitude professionnelle aidante. Voici quelques exemples des propos tenus: E5: « Là où je fais un effort, c'est de pas tomber dans la sympathie. Je fais toujours une grosse différence entre empathie et sympathie et c'est important pour les patients de respecter cette différence-là et de ne pas tomber avec eux dans leur misère. »

E7: « Il ne faut pas non plus envahir l'autre avec une surprotection, une souffrance avec, une sympathie, à ce moment-là qui serait envahissante pour l'autre et ne le laissant pas libre de se reconstruire en tant que sujet. »

E16: « On se doit de ne pas montrer notre sensibilité, enfin, ils ont droit de voir aussi mais eux sont suffisamment en difficulté, en souffrance pour que nous on n'en rajoute pas. On est des professionnels, on doit leur apporter un cadre rassurant. »

E10: « Je ne me comporte pas comme si c'était une amie à moi qui venait me parler, j'essaie d'avoir une distance un peu professionnelle, de ne pas m'impliquer trop au niveau émotionnel. »

Une stratégie possible est celle de la carapace endossée sur le lieu de travail:

E16: « Au CAMSP je ne suis pas la même personne, c'est que quelque part j'enfile mon habit de professionnel, de soignant. J'arrive à avoir un petit peu une façade. »

Même si l'orthophoniste sait qu'elle doit contrôler ses émotions, trouver le comportement adéquat quand le patient pleure n'est pas facile:

E12: « Il faut trouver la limite entre les deux. Le patient va pleurer, on va pas lui dire avec un grand sourire « ça va aller ». Et après si on pleure avec le patient, ça va pas forcément l'aider à lui redonner le moral. Donc c'est vrai que c'est difficile d'avoir un comportement neutre. »

Certaines orthophonistes décrivent bien que la compassion survient quand on se laisse envahir par les émotions du patient:

E8: « Il faut quand même pouvoir se protéger quoi, pas être trop envahi par l'état émotionnel de la personne qui est en face. »

E15: « L'excès d'empathie c'est être envahi, rentrer chez soi et avoir encore dans la tête cette famille qui a craqué en entretien ou qui s'en sort pas avec son enfant. »

alors qu'il faut manifester son empathie « sans s'identifier à la personne, sans faire de collage à la personne. » (E7).

Cette orthophoniste explique précisément en quoi la compassion est néfaste en évoquant un contre-transfert trop important, étouffant pour le patient:

E7: « C'est toute la difficulté à mon avis de sentir comment l'autre vibre mais de lui laisser ses émotions à lui, de laisser résonner en nous mais il faut pas que ça le dépossède de ses émotions et que du coup ce soit les nôtres qui prennent toute la place. »

Quelques orthophonistes pensent malgré tout qu'elles peuvent montrer qu'elles sont touchées, parce que « le patient a le droit de le voir aussi. C'est tout, hein il y a une juste limite. Je reste toujours sur le fait que je suis pas juste une thérapeute, ils ont un humain aussi en face d'eux qui peut être touché » (E5).

L'orthophoniste tombe dans la sympathie (sens latin)

Tomber dans la sympathie, l'amitié, le partage d'affinités est un autre risque d'une empathie mal dosée. Il est évoqué par quatre orthophonistes, parce qu'ils l'ont vécu ou vu vivre par des collègues:

E2: « Il faut faire attention de ne pas trop déraiper et puis de ne pas faire copain, copain. »

E7: « Laisser place à l'autre mais pour donner du sens à ses difficultés, pas pour lui faire plaisir, pas pour entretenir une relation cordiale et conviviale. »

E15: « Si ça en devient proche au niveau relationnel d'une famille au point de se voir, à devenir ami, c'est un excès », qui peut même conduire à un effacement complet de la distance attendue entre un professionnel et son patient, en allant jusqu'à « donner son numéro de portable, se faire tutoyer, s'embrasser » (E15).

L'orthophoniste s'attache affectivement

Le dernier écueil d'un excès d'empathie, évoqué par trois orthophonistes, est celui de l'attachement affectif, que nous isolons car on peut s'attacher à un patient sans tomber dans la compassion ou la sympathie. De plus ce sentiment peut ne jamais être dévoilé et ne porte donc pas de dommage à la relation soignant-soigné. Une orthophoniste explique ainsi la difficulté ressentie à la fin d'une prise en charge: E19: « On s'attache énormément aux patients, que ce soit un enfant ou un adulte et soit l'enfant s'en va, soit l'adulte décède, c'est là où on a un petit peu de mal à s'en remettre. »

Au-delà d'un sentiment de vide légitime après une prise en charge, il vaut mieux ne pas s'attacher parce que les prises en charge ont une durée limitée. Voici ce qu'expliquait une enseignante dont les propos ont marqué une orthophoniste: E6: « Une bonne orthophoniste, son boulot c'est justement que les enfants ne viennent plus. Donc ne vous attachez pas aux enfants. Quand vous voyez un enfant entrer, c'est « je vais essayer de le garder le moins longtemps possible et mieux je fais mon travail et plus il partira. » »

En conclusion, nécessité d'une distance adéquate

Les orthophonistes rappellent ainsi la nécessité de trouver la distance adéquate avec le patient: se servir de l'empathie, aller vers l'autre, se mettre à sa place pour comprendre ses sentiments et ses pensées mais avoir un certain « recul » (E2) pour pouvoir « analyser ce qui se passe » (E2).

L'image dont a d'ailleurs recours cet orthophoniste est très parlante:

E4: « L'empathie, je dirais, il faut une porte ouverte mais un pied dedans et un pied dehors et jamais avoir les deux pieds dedans ou les deux pieds dehors. C'est peut-être un équilibre à trouver, selon le caractère des gens c'est plus ou moins simple et selon les rencontres. »

Mais ce n'est pas simple de parvenir à un équilibre, comme le rappelle ces deux orthophonistes qui considèrent l'empathie comme un outil professionnel:

E7: « C'est assez subtil et ça doit être effectivement un outil de travail qu'on contrôle et dont on a conscience, sinon ça peut être quelque chose qui mène à des dérives. »

E14: « Autant il faut savoir marquer une distance parce qu'on a aussi sa vie, parce qu'on peut pas prendre le malheur de tout le monde, donc il faut savoir aussi agir

avec recul, d'où ce professionnalisme, mais d'un autre côté il faut faire ressentir aussi notre empathie parce qu'on l'a de toute façon au fond de nous. »

Cela dit une orthophoniste pense qu'une empathie maîtrisée est possible:

E13: « Des fois certains nous disent « mais si on est trop empathique après ça déborde », je pense qu'on peut garder ses distances aussi. C'est sûr qu'il y a une limite. Mais en même temps, surtout les orthophonistes et puis d'autres professions en relations humaines comme ça, si on n'essaie pas un peu de se mettre à la place de l'autre, on risque de passer à côté de certaines choses et de pas vraiment entrer en relation avec lui. »

Enfin, la distance adéquate est jugée par quatre orthophonistes comme difficile en début de carrière, à cause d'un dévouement aveugle qui conduit à des « erreurs de jeunesse » (E14), par souci « de vouloir trop bien faire quelque part et on investit trop. » (E14), à cause d'une ignorance de la conduite à tenir: « c'est vrai que c'est avec l'âge qu'on finit par apprendre ça. » (E1). Ainsi, seul un « endurcissement avec le temps » (E12) permettrait d'éviter la compassion et de répondre de façon appropriée dans des situations difficiles.

Commentaire:

Nous ressentons que l'excès d'empathie est une réelle préoccupation des orthophonistes, qui expriment beaucoup la difficulté de trouver la distance adéquate et qui semblent se résigner à ne pas y parvenir ou à attendre que l'expérience les y aide. Beaucoup d'orthophonistes expérimentés mettent en garde contre une empathie non maîtrisée.

5. Les variations internes de l'empathie

Nous interrogeons ici les orthophonistes sur la possibilité ou non d'une variation de leur empathie liée à des facteurs personnels.

5.1. Fréquence de l'empathie

Un tiers des orthophonistes pensent être empathiques tout le temps. Ceux qui développent leur réponse évoquent des raisons différentes.

Soit « ça fait partie d'un outil professionnel. » (E6), donc elle est toujours présente, soit c'est tout simplement une évidence qu'on ne peut pas « ne pas être empathique en tant que soignant » (E10), soit le travail en néonatalogie impose une empathie omniprésente « dès qu'il y a les parents,...au niveau des fonctions alimentaires...quand je suis avec l'enfant je suis à l'écoute du moindre geste, du moindre signe » (E3), soit enfin l'orthophoniste cherche toujours à aider au mieux l'enfant en essayant de comprendre son fonctionnement: « moi je crois que c'est en filigrane tout le temps. S'il ne comprend pas, au lieu de de lui dire « bah écoute c'est comme ça, c'est comme ça, j'essaie de trouver autre chose. J'essaie de me mettre à sa place à ce moment-là » (E2).

Mais un autre tiers des orthophonistes estiment que leur empathie n'intervient qu'à certains moments. L'explication est souvent la même: elle n'est nécessaire que si le patient est en difficulté pendant la séance.

L'orthophoniste qui pense être empathique tout le temps quand elle travaille au service néonatalogie, ne se comporte pas de la même façon en libéral: « au cabinet il y a des moments plus propices que d'autres, quand l'enfant se plaint et pointe du doigt ses difficultés, au moment où l'enfant va se déprécier » (E3).

Elle est toujours nécessaire dans l'accompagnement parental mais pas toujours en séance avec l'enfant: « avec les enfants, pas tout le temps, parce qu'à un certain moment, quand ils sont bien inscrits dans la prise en charge, ils sont là pour faire un temps de travail avec moi. S'ils me montrent un signe, alors oui. Avec les parents, très souvent quand même » (E16).

Une orthophoniste en libéral ajoute aussi que l'empathie peut intervenir quand on réfléchit à la prise en charge d'un patient: « Je pense qu'elle arrive au moment où

il faut. Il faut que le patient soit en difficulté ou alors quand on stagne dans la prise en charge, se dire pourquoi ça ne fonctionne pas et essayer de se mettre à sa place » (E20).

Enfin trois orthophonistes sont incapables de répondre à la question, en soulignant l'importance d'être empathique le plus souvent possible.

5.2. Degré d'intensité de l'empathie

Dix-huit orthophonistes estiment que leur empathie diminue parfois. Sans surprise, la fatigue et les préoccupations personnelles sont les éléments les plus cités. Nous ne ferons qu'une citation qui résume bien l'ensemble des propos tenus:

E7: « Quand on est fatigué ou qu'on a des soucis, on bosse mal ».

Il est cependant intéressant de distinguer deux catégories d'orthophonistes: ceux qui répondent spontanément et voient ces variations internes de l'empathie plutôt comme une fatalité contre laquelle ils ne peuvent pas lutter parce qu'ils sont aussi humains et ceux qui le reconnaissent à contre cœur en précisant qu'ils y font attention, qu'ils évitent au maximum qu'il y ait un impact négatif sur leur travail. Quatre d'entre eux insistent d'ailleurs sur le fait qu'il faut « y faire attention » (E4), « toujours en prendre conscience » (E6), qu'il y a un « intérêt de se remettre en question, de penser à ce qu'on a fait, à la façon dont s'est passée la séance » (E13) quand on estime avoir manqué d'empathie.

Une orthophoniste précise en outre que le stress du début de carrière est aussi un « parasite » de l'empathie (E15) qui diminue avec l'expérience.

La période particulière de la grossesse peut aussi faire varier l'empathie. Une orthophoniste dit avoir eu alors une empathie excessive et difficile à contrôler car elle était « plus sensible aux émotions des autres » (E5), alors qu'elle était diminuée chez une autre parce qu'elle était « moins impliquée » et fatiguée (E10).

Enfin, une orthophoniste ressent davantage d'empathie pour des patients qu'elle « sent mieux, il y a le côté sympathie je pense » (E11). Elle renouvelle d'ailleurs la même idée à un autre moment de l'entretien: « c'est fonction aussi de la sympathie qu'on peut avoir pour les gens quoi ». Ce point de vue est intéressant et déroutant car il implique que la sympathie ressentie pour le patient, qui est pourtant bien distincte de l'empathie, donne davantage envie d'être empathique avec lui. Ce sentiment est très certainement humain mais déroutant de la part d'un professionnel de santé qui ne doit pas faire de distinction entre ses patients.

En revanche trois orthophonistes estiment que leur empathie varie peu ou pas du tout en intensité parce qu'elles savent oublier leurs soucis en travaillant:

E16: « Je ne suis plus la même, je coupe beaucoup. Quand je suis au boulot, je pense quand même peu, j'arrive à faire preuve d'empathie. »

E17: « Je trouve que quand on rentre dans la rééducation, on ne pense plus. On ne peut pas se dire, je vais me laisser envahir par mes problèmes. On a plus ou moins d'entrain mais après ça s'en va. »

La troisième orthophoniste s'est emportée parfois par rapport au cadre mais suppose que l'autorité n'est pas liée à l'empathie:

E2: « L'empathie, je ne sais pas si c'est à mettre sur ce plan-là ».

La distinction entre empathie et fermeté, autorité n'est effectivement pas évidente pour les orthophonistes, comme pour celle-ci qui pense être moins empathique quand elle fait preuve d'autorité en séance:

E 12: « Je suis gentille mais il y a des limites, bon, on peut être empathique sans... mais il y a des fois où l'on est un petit peu moins parce qu'il faut mettre des limites ».

5.3. La gestion de situations qui font écho à un vécu personnel

Ce type de situation s'est produit chez huit orthophonistes. Son impact sur l'empathie et la façon de la gérer diffèrent d'une personne à l'autre.

L'empathie peut alors être plus forte envers le patient:

E8: « Moi j'ai un frère qui est psychotique et ouvrier en CAT, donc ça fait certainement écho chez moi quand je rencontre les frères et sœurs, les parents. Ça m'aide à comprendre, pour ces parents-là, d'avoir un enfant pas comme les autres, un enfant handicapé, les frères et sœurs aussi. Je vois bien aussi comment l'enfant qui est lui-même atteint d'une pathologie comme ça peut se situer dans sa vie de famille et dans l'institution. »

E10: « Moi j'ai des soucis avec ma mère, qui n'est pas une mère très maternelle on va dire. J'ai du mal à supporter de voir que les parents ont des problèmes psychologiques par exemple, et que c'est bien souvent à cause de ça que les enfants se sentent mal. Souvent je suis en colère contre le parent. J'ai de l'empathie pour l'enfant mais pas pour le parent. »

Ou alors c'est la peur qui domine pour une orthophoniste jeune maman face à des enfants ayant des handicaps importants:

E16: « Je sais que quand mes enfants étaient petits, ce n'était pas toujours simple parce qu'on a parfois tendance à transposer. Donc des difficultés que les enfants pouvaient présenter ici, j'avais peur qu'elles se reproduisent chez mes enfants. »

L'écho personnel en tout cas ne semble pas submerger l'orthophoniste au point de compromettre la qualité de son travail et sa disponibilité pour le patient:

E19: « S'il y a quelque chose qui remonte et qui risque d'être perturbant, je mets à distance. Ça veut pas dire que je zappe le sujet mais je mets à distance. Je pense que dans ces cas-là, j'arrive à scinder complètement, je crois; ça c'est moi, personnel, et là t'es dans ton bureau, t'es ortho, et t'es avec un patient. »

Une autre orthophoniste sait gérer ces situations-là grâce à des formations:

E6: « Je l'ai travaillé en formation supplémentaire d'analyse systémique. Je me suis équipée d'outils supplémentaires en développement personnel. J'ai pu le conscientiser. Par exemple, si quelqu'un ressemble à ma copine, je n'ai pas à être plus avenante avec elle. »

Un autre orthophoniste gère la situation en échangeant avec des collègues.

Pour tous les autres à qui ce n'est jamais arrivé que le souvenir d'un événement personnel les envahisse face au patient, deux pensent qu'ils seraient plus empathiques car ils connaîtraient bien ce que vit le patient, une autre au contraire estime que ce serait plus difficile d'être à l'écoute. Tout dépend peut-être si le souvenir est évacué ou s'il est encore douloureux.

Pour terminer nous évoquerons la non-légitimité ressentie par certaines orthophonistes face à des parents quand elles n'ont pas encore d'enfants. Une empathie professionnelle peut justement permettre de comprendre la situation et de réagir adéquatement, ainsi que la connaissance de la pathologie de l'enfant.

Commentaire:

Nous pouvons retenir des facteurs internes de variation de l'empathie qu'ils sont plus ou moins bien combattus par les orthophonistes, que le vécu personnel joue un rôle, ainsi que les formations et les discussions avec les collègues. Nous remarquons ici encore que les frontières entre les concepts d'empathie, de sympathie, ainsi que l'autorité sont floues chez certains orthophonistes.

6. L'impact des facteurs extérieurs : variations et blocages de l'empathie

Après les variations internes, cette question permet de savoir si des facteurs extérieurs aux orthophonistes peuvent augmenter ou diminuer leur empathie, voire la bloquer complètement.

6.1. Le lieu d'exercice

Le lieu d'exercice ne change rien à la capacité d'empathie d'un quart des orthophonistes interrogés.

Pour les autres, c'est la prise en charge à domicile qui est le lieu le plus cité comme ayant un impact positif sur l'empathie. Huit orthophonistes estiment que « c'est plus facile à domicile dans la mesure où on voit les gens dans leur univers » (E11), que « les gens sont en général plus sereins, parlent plus » (E3), et que de voir le fonctionnement de la famille permet « d'adapter d'autres choses » (E3). Une orthophoniste précise aussi qu'aller au domicile « demande à l'orthophoniste de réfléchir à ce que ça déclenche » car ce n'est pas un lieu « neutre » (E15). Une orthophoniste a même réalisé son « erreur de jugement » (E9) sur une enfant qu'elle pensait devoir cadrer grâce à une période où la prise en charge s'est faite à domicile.

Cela dit, un orthophoniste apprécie plutôt le travail en centre de rééducation fonctionnelle parce que l'attachement au patient y est moins important que dans de longues prises en charge à domicile :

E1: « Vous avez un facteur temps qui joue beaucoup moins. C'est-à-dire que en structure, un patient va être hospitalisé maximum 1an, 1an et demi. Et donc on tombe moins facilement dans une relation personnelle où il y a de l'émotion que l'orthophoniste qui va chez le patient à domicile, dans son cadre, pendant deux, trois ans, cinq ans. »

Un quart des orthophonistes pensent en revanche que l'empathie est facilitée dans leur bureau, parce qu'elles sont un peu plus sur leur « terrain », donc « plus fortes pour pouvoir être empathique » (E5), grâce à « un cadre spécifique » (E10) et grâce à l'accompagnement parental qui les met en contact étroit avec les familles.

En général, quel que soit le lieu, il est possible que les conditions de travail diminuent l'empathie des orthophonistes à cause d'un manque de chauffage, du bruit

environnant ou d'un changement imprévu de bureau. La disponibilité du professionnel est alors amoindrie par des parasites extérieurs. Ce ne sont que des éléments matériels mais « c'est vrai que le cadre est important » (E2).

Il faut signaler que certaines réponses sont peu exploitables parce que des orthophonistes ont confondu l'incidence du lieu sur leur capacité d'empathie et l'incidence élargie sur les conditions de travail en général ou leur relation globale avec le patient.

6.2. Le type de pathologie

Variations de l'empathie

Tout d'abord, cinq orthophonistes estiment que la pathologie n'influe pas sur leur capacité d'empathie, que cette dernière est plutôt fonction « de ce que les parents ou les enfants nous amènent » (E16), « de comment le patient vit sa pathologie et surtout de la relation nouée avec lui, car la relation, c'est capital » (E11).

Mais le type de pathologie influe sur l'empathie des trois quarts des orthophonistes, comme le résume bien la vision de celle-ci:

E7: « Je pense qu'on a de l'empathie ou pas par rapport à certaines pathologies qui entrent plus fort en résonance avec nous ou pas. »

Les patients souffrant de pathologies dites « lourdes », dégénératives ou en fin de vie provoquent le plus souvent une empathie « accrue » (E19) du thérapeute à leur égard. Ce dernier a « besoin et envie d'accorder du temps » (E5) à ces patients-là, a « plus d'échanges avec les parents » (E12), rentre davantage dans l'empathie parce qu'il « partage la difficulté du patient dans la vie quotidienne » (E15). Parfois l'empathie affective prend le dessus face à des pathologies graves, qui provoquent chez l'orthophoniste « une boule au cœur, beaucoup d'émotions passent » (E3), en se laissant « déborder par les émotions » devant les patients (E10). Une orthophoniste est davantage empathique face à des patients bègues, parce que ce sont des patients « en demande d'empathie, ils sont juste incompris, ils arrivent, pour eux il n'y a qu'eux qui sont bègues » (E9) et elle montre alors qu'elle comprend leur situation et leurs sentiments.

En revanche, parfois chez les mêmes orthophonistes, d'autres pathologies diminuent leur empathie pour les patients, parce que le rejet est plus fort, parce qu'ils ne se reconnaissent pas en l'autre. Il peut s'agir du handicap moteur:

E8: « Ça devait m'atteindre personnellement. Je ne pouvais pas. En plus je suis incapable d'expliquer pourquoi. Je pense que c'était au niveau des déformations du corps, les rétractions. »

des transformations dues à des chirurgies de la sphère ORL:

E13: « Quand j'étais jeune, ça a pu me faire peur. »

de l'autisme, qui déroute :

E7: « Je pense qu'avec des patients autistes je le suis beaucoup moins, je suis en empathie avec leurs parents. Je trouve que l'autisme est une pathologie qui met à mal l'empathie justement, comme il exprime pas d'émotions, très très peu. »

Certains orthophonistes arrivent à rebondir, à surmonter leurs premières réactions de rejet pour la réussite de la prise en charge. L'une d'entre elles rappelle un mot clé de l'empathie, l'adaptation: « moins il y a de capacités chez l'enfant, plus c'est à nous de nous adapter. » (E6)

Par exemple, l'orthophoniste qui ressent moins d'empathie face à un enfant autiste est malgré tout à l'écoute et si elle perçoit le moindre sentiment chez lui, elle va « gonfler, laisser résonner » pour lui donner tout ce qu'elle peut « pour que ça entre en écho chez lui aussi » (E7).

Face à un enfant qui bave et qui crache, qui mange mal et qui en met partout, « il faut passer au-delà de l'écoeurement » (E6) en trouvant des solutions, des adaptations comme le fait de mettre des gants, de s'habiller en conséquence.

Ou alors c'est l'expérience, la multiplication des cas qui a permis de surmonter le sentiment de rejet, ou encore le fait de voir les autres travailler:

E13: « De travailler à l'hôpital et de travailler en équipe, c'est assez formateur, parce que ça nous rassure. Au début, le fait de devoir travailler avec d'autres à qui ça n'avait pas l'air de poser problème, bon bah c'est tout. Le fait de travailler en équipe, il y a une sorte de compagnonnage. On imite, il y a l'effet miroir. »

Enfin il faut préciser que certains orthophonistes ont surmonté assez naturellement le malaise ressenti devant un patient atteint d'un handicap moteur grâce à leurs expériences passées de travail ou de loisirs au côté de ce type de patient.

Blocage de l'empathie

En revanche, quatre orthophonistes sont dans l'impossibilité de travailler avec certaines pathologies qui les mettent à distance du patient. Il s'agit pour l'une des

pathologies neuro-dégénératives, parce qu'elle n'est « pas à l'aise avec la mort » et que le bilan d'un patient en toute fin de vie l'a « traumatisée » (E10). Une autre orthophoniste aurait « beaucoup de mal avec les enfants IMC » (E11) mais reconnaît quand même qu'elle n'a jamais fait de formation qui l'aiderait à prendre en charge ce type de patient. Une autre pense qu'il lui est vraiment très difficile de travailler avec « des enfants très marqués physiquement, très laids » (E6). Enfin, la quatrième orthophoniste évoque les grands polyhandicapés et les grands épileptiques, avec lesquels « c'est vraiment dur » (E8) et s'interroge même sur le sens de leur vie.

6.3. La personnalité et le comportement du patient ou de son entourage

Variations de l'empathie

Tous les orthophonistes interrogés reconnaissent que leur empathie est mise à mal par le comportement ou la personnalité de certains patients ou parents. Mais nous distinguons alors facilement deux types de réaction différentes.

Il y a d'abord ceux qui vont tout faire pour rester empathiques. Nous citerons quelques unes de leurs « méthodes ». L'orthophoniste peut, par exemple, « s'équiper d'images »:

E6: « Si par exemple une maman, pour moi c'est un peu n'importe quoi ce qu'elle est en train de faire, de pouvoir me dire peut-être elle sait pas, elle a aussi été une petite fille, on ne sait pas comment elle a été élevée, voilà. Avoir ça en arrière plan pour la voir différemment. »

Il peut aussi faire un « travail sur soi » qui permet de « dépasser ça » (E8). Quand « on ne contrôle pas le contraire de l'empathie, le rejet qu'on peut avoir de certaines personnes, certains enfants ou leur comportement, ou leur façon d'être, ou même de leurs souffrances, on s'arrête, on analyse, on discute, on prend du recul pour voir ce qui s'est passé dans le contre-transfert » (E7).

Une orthophoniste détaille bien cette lutte intérieure:

E6: « A ce moment-là peut-être que je vais l'être encore plus en me disant: « il faut absolument que moi je fasse un effort » et en particulier avec les enfants où je me dis: « ah, s'il pouvait ne pas être là! » Il faut alors que j'y réfléchisse, qu'est-ce que je vais faire pour que ce soit vivable. »

Une autre façon de procéder est de crever volontairement l'abcès, de « proposer de voir quelqu'un d'autre ou d'en parler. Et parfois après ça va mieux » (E13). Le patient apprécie de voir que l'orthophoniste a perçu la distance qui les séparaient et la relation redémarre sur de meilleures bases, sans a priori.

Enfin une dernière solution, la moins coûteuse en énergie mais la plus longue à mettre en place, c'est l'expérience, l'habitude de se trouver devant tout type de personnalité qui permet une « maîtrise avec l'âge » (E14).

En revanche, d'autres orthophonistes ne réussissent pas à rester empathiques devant des patients ou des parents avec lesquels ils ne sont pas d'accord ou dont la personnalité leur déplaît car ils ont moins de ressources pour lutter contre leur baisse d'empathie et mettent en avant le fait d'être humain.

C'est surtout face à un comportement agressif du patient ou de l'entourage que leur empathie diminue:

E3: « Au cabinet y en a qui sont ultra agressifs, qui se sentent tout de suite agressés et comment aider une personne qui se sent agressée en permanence verbalement, ça c'est très pénible. Au bout d'un moment, on laisse pas complètement tomber mais on fait beaucoup moins ».

E20: « Je pense que c'est certainement plus quand il y a de l'agressivité. Ou quand on a l'impression qu'il n'y pas d'écho. »

Une orthophoniste reconnaît même parfois qu'elle devient agressive elle-même:

E9: « Des patients agressifs, pour moi c'est compliqué, j'ai du mal. Ceux qui ne comprennent pas qu'on n'a pas toujours de la place, qui se croient tout permis, qui sont Dieu sur terre, qui sont tout de suite dans l'injure et l'agressivité. Là vraiment je réponds par l'agressivité aussi, donc c'est tout. »

D'autres proposent un arrêt de la prise en charge « si quelque chose ne passe pas », parce qu'on « ne peut pas plaire à tout le monde » (E17). L'empathie, c'est alors « stop, je n'accepte pas » (E20), quand le patient manque de respect envers l'orthophoniste.

L'hyperactivité est aussi citée comme un comportement qui gêne l'empathie, l'orthophoniste a « du mal à rester bienveillante, à être plus dans l'écoute parce ça va dans tous les sens » (E11), tout comme les personnalités psychiatriques, « c'est compliqué car on n'est pas psychologue » (E9).

Enfin, on remarque qu'un nombre non négligeable d'orthophonistes ont davantage d'empathie pour des patients pour lesquels ils ressentent de la sympathie:

E11: « Je pense qu'il y a des patients, on les sent mieux, il y a le côté sympathie je pense. »

ou un sentiment proche mais contrôlé:

E19: « Il y a le côté, j'allais dire, amical presque qui peut s'installer, mais je ne le ressens pas comme ça quand même. Même si je les connais depuis longtemps, ce sera toujours M. Machin, Mme Machin. Donc le côté amical c'est pas le bon terme. »

Une orthophoniste pense même que l'empathie a besoin de la sympathie pour conduire à une adaptation, une réponse:

E20: « Le but de l'empathie c'est d'essayer de comprendre. Après ça s'arrête pas là, en tant que professionnel, il faut pouvoir répondre. Donc voilà peut-être que si y avait pas de sympathie, on pourrait très bien avoir de l'empathie mais pas répondre. »

Cet avis vient contredire celui d'une autre orthophoniste citée page 75, ce qui révèle un manque de consensus sur la définition de l'empathie.

Blocage de l'empathie

Nous considérons ici la dizaine d'orthophonistes pour lesquels la raison n'est pas précise et les orthophonistes parlent alors de problèmes « d'atomes crochus » (E14, E10), de gens « avec qui ça colle moins » (E15), de gens « qui ne nous reviennent pas » (E4), ou encore d'une « impalpable antipathie » (E8).

Où alors il s'agit un trait de personnalité ou un comportement particulier qui bloque l'empathie soit de façon légitime:

E15: « Après il y a des moments où il y a des choses tellement impossibles que là non l'empathie c'est plus possible, parce qu'on est soit dans la maltraitance, soit dans la stimulation insuffisante, les carences éducatives, faut pas rêver, l'empathie à un moment elle a ses limites aussi. On ne peut pas être empathique avec une famille qui démissionne de son rôle. »

E7: « Y a des personnalités moi que je ne supporte pas, par exemple des petites filles très lolitas. Ma collègue ne les voit pas du tout comme ça donc on s'arrange. Et j'ai très très peur de l'agression physique. Si on lève la main sur moi, je suis terrorisée et là je ne peux plus travailler avec la personne. Je ne domine pas ça. »

E16: « Si j'étais en présence de parents maltraitants, je crois que j'aurais plus de mal. »

soit à cause d'une atteinte de l'amour propre de l'orthophoniste:

E5: « Là où tu peux pas avoir d'empathie, c'est les patients super désagréables ou qui n'ont aucune considération pour toi, ça c'est certain. »

E12: « L'agressivité du patient, la non coopération, l'opposition. L'empathie, c'est vraiment à mettre en lien avec le caractère de l'orthophoniste aussi. Moi je suis quelqu'un de très impulsive, et un peu rancunière, s'il y a un problème, voilà, j'ai du mal à prendre sur moi. »

Commentaire:

Le lieu d'exercice, le type de pathologie et la personnalité du patient ou de son entourage influent souvent sur l'empathie des orthophonistes. C'est souvent quelque chose qui « interpelle » car « l'empathie n'est pas une évidence » (E17). Mais soit l'orthophoniste combat cet état de fait par différents moyens, et ce sont très souvent ceux qui estiment que leur empathie est consciente et qui ont développé des « outils » empathiques, soit il baisse vite les bras en invoquant son humanité. Mais parfois, malgré tous les efforts possibles, le rejet d'une pathologie ou d'un type de personnalité est le plus fort.

6.4. La gestion du temps

L'étude de l'impact du temps sur l'empathie des orthophonistes est également intéressante. En effet, l'écoute et la disponibilité sont mises à l'épreuve si le professionnel subit une pression temporelle.

Douze orthophonistes reconnaissent que la gestion du temps pose problème et qu'ils peuvent être moins à l'écoute par peur des débordements au delà du temps imparti à chacun. Le sujet est sensible, nous décelons presque une souffrance chez certains à ne pas trouver une solution satisfaisante. Certains parlent de « stress » (E10, E11) interne qui rend moins disponible à l'autre, d'autres se rattrapent en prenant « plus de temps pour écouter la fois suivante » (E13), beaucoup essaient de trouver l'équilibre en débordant si le sujet est important et en lien avec l'orthophonie mais en coupant court gentiment à la discussion si ce n'est pas le cas. Quelques orthophonistes se réservent une petite pause en milieu de demi-journée pour rattraper un éventuel retard afin d'être serein et donc disponible pour les patients suivants. Une orthophoniste lutte contre la tyrannie du temps en proposant essentiellement des séances de 45mn, quelle que soit la pathologie concernée:

E19: « Il n'y a que le mercredi où je travaille avec des rendez-vous que de 30mn, et ça je n'aime pas! Quand on a une demi-heure, il faudrait que quand on arrive, voilà, pouf, on devient que des techniciens et ça je ne veux pas. »

Les autres orthophonistes interrogés, qui travaillent tous en structure, estiment réussir à gérer leur rapport au temps sans impact sur leur empathie. Une orthophoniste suppose d'ailleurs « qu'en libéral quand on enchaîne 15 rendez-vous sur sa journée, c'est difficile de mobiliser l'empathie » (E7). Une autre reconnaît quand même que l'enchaînement des séances en structure malmène l'empathie « quand les patients qui se suivent sont franchement différents car à chaque fois nous on doit s'adapter » (E6). Enfin, une orthophoniste en exercice mixte ressent la pression temporelle uniquement en libéral: « C'est vrai qu'en libéral on n'a pas beaucoup de temps. Ici [à l'hôpital], des fois je reste avec les parents pendant une heure. » (E3).

Commentaire:

Il apparaît clairement que l'absence de pression temporelle favorise l'empathie du thérapeute. Les distinctions sont importantes sur ce point entre les exercices libéral et salarié.

6.5. La technique

Tous les orthophonistes sont d'accord pour dire que l'empathie et la technique ne s'opposent pas au sein de leur pratique, beaucoup disent même qu'elles sont « complémentaires » (E20) et même « intriquées » (E14). Si « les deux sont nécessaires » (E4), nous notons quelques avis particuliers qui révèlent que le curseur n'est pas toujours bien au centre, selon la conception qu'ils se sont forgée de leur métier.

Deux orthophonistes rappellent que la part technique est à la base du métier:

E5: « Je pense qu'obligatoirement il y a une plus grosse partie de technique parce que c'est notre boulot à nous, c'est pour ça qu'on a été formé et c'est ça notre boulot. Je pense que l'empathie c'est plus le côté humain du thérapeute qui prime et qu'après si c'est à 50/50, ou si c'est au-delà, c'est qu'on fait un travail de psy et on n'est pas psy. »

E15: « Effectivement la technique c'est notre socle d'intervention. »

tout en reconnaissant que l'empathie est indispensable à leur pratique:

E5: « Mais je ne peux pas travailler sans empathie. »

E15: « En même temps, si c'est très technique, ça peut être rébarbatif, déshumanisé quoi. Il faut doser sa technique. Les orthophonistes calibrent en disant « on fait ça et après on fait ce jeu-là et en faisant preuve de créativité ».

A l'inverse, deux autres orthophonistes mettent en avant l'empathie comme étant primordiale dans leur métier:

E2: « Il faut un peu de technique mais si on met la technique en premier on n'a rien compris. »

E3: « Ici [à l'hôpital] j'accorde plus d'importance à l'empathie. »

Quelques autres accordent beaucoup d'importance à l'empathie dans la prise en charge d'adultes (E12, E18) ou avec les parents dans le cadre de l'accompagnement parental (E16, E20).

Enfin, une orthophoniste reconnaît que si une séance 100% technique n'est pas possible, une séance 100% empathique « est possible par contre » (E20) et s'interroge alors sur les « limites des compétences » de l'orthophoniste.

Concernant le moment particulièrement technique des épreuves de bilan, la plupart des orthophonistes pensent réussir à combiner attitude objective requise pour les épreuves et attitude empathique pour encourager le patient et le mettre en confiance, chacun à leur façon. Certains prennent le temps de la rencontre :

E4: « Parfois le bilan de langage est fait seulement après plusieurs séances de rencontre, d'apprivoisement. On prend le temps, c'est le luxe du centre. »

E19: « Lundi j'ai vu une dame en bilan, j'ai pas fait une seule épreuve de bilan. Elle est restée 45mn. La prochaine fois! Un bilan, je le fais en autant de fois qu'il faut. »

D'autres donnent des exemples d'enfants intimidés, anxieux ou fatigués qui les ont conduits à « déroger à la règle » (E18) du bilan parce qu'il « fallait adapter » (E18), grâce à l'observation fine des attitudes du patient.

Deux orthophonistes soulignent l'importance de la prise en compte de l'autre, de l'observation lors du bilan:

E2: « Il n'y a toujours qu'une seule première fois. Donc de mettre bien toutes les bases la première fois. C'est-à-dire qu'il n'y aura pas de bilan très technique sans tenir compte de lui. »

E14: « Les bilans c'est important, il en faut, faut que ça soit normé, il faut les faire. Il faut pas oublier par ailleurs l'observation, c'est tout ce qui est la clinique en fait. Cette

empathie, elle fait partie de notre démarche clinique et il faut pas l'oublier à cause de ça. »

Mais quelques orthophonistes reconnaissent à regret que l'exercice du bilan met à mal l'empathie:

E1: « C'est vrai que la technique peut parfois s'opposer à l'empathie, dans certaines épreuves très codifiées notamment. Là parfois il faut rattraper en fin de séance ce que vous n'avez pas dit pendant parce que vous n'avez pas pu. Le patient n'est pas encore vraiment en confiance avec vous que vous le mettez déjà en échec. C'est pas facile ça. »

E2: « C'est difficile le bilan, forcément il va se casser la figure quelque part, l'enfant ou l'adulte, donc là c'est compliqué. »

E15: « C'est compliqué l'empathie dans un bilan. »

Et une autre orthophoniste met en garde contre les résultats normés:

E8: « Je pense que les tests et tout ça, c'est peut-être nécessaire mais on a tendance à trop se focaliser sur les écarts-types. Quand j'étais en psycho, on nous a bien dit un test, un QI c'est un moment donné chez un enfant, rien ne dit que trois mois après ce sera encore ça, donc rien n'est figé. »

Enfin, une orthophoniste résout cette apparente dichotomie empathie/technique en avançant l'idée que l'empathie est en elle-même une technique, qui évite notamment de tomber dans l'affectif:

E7: « La technique c'est plus, parce que c'est bien une question de technique quand même, c'est, justement pour que l'autre puisse se sentir libre et qu'on soit surtout pas dans l'interprétation ni dans notre propre émotion en se disant « mon Dieu si j'étais à leur place quelle horreur », c'est: j'écoute comment vous le vivez et on va voir ensemble ce qui est le plus important pour vous, comment vous vous en sortez, qu'est-ce que vous avez mis en place... »

Commentaire:

Si les orthophonistes sont d'accord pour dire que l'empathie et la technique sont complémentaires dans leur travail, l'association des deux n'est pas toujours chose facile, surtout lors d'un bilan où objectivité des résultats et subjectivité de la relation se mêlent étroitement et doivent s'équilibrer pour le meilleur diagnostic possible.

7. L'empathie: innée ou acquise?

Nous avons voulu poser cette question banale mais épineuse de l'inné et de l'acquis, qui fait écho à la question conscient/inconscient, pour amorcer ensuite la réflexion sur le développement et l'enseignement de l'empathie.

Trois orthophonistes estiment que l'empathie est plutôt acquise, en lien avec « ce qu'on a vécu dans l'enfance » (E10) ou par conviction que « ça se travaille, il faut chercher le plus possible à s'ouvrir, à se remettre en question » (E17).

Le côté inné de l'empathie est quant à lui prépondérant pour quatre orthophonistes, « mais ça peut se développer » (E11), il y a « un peu d'acquis » (E18), « on peut la travailler » (E12).

En revanche, treize orthophonistes estiment que l'empathie est aussi innée qu'acquise. Le caractère inné est évoqué par des expressions diverses: une « capacité d'écoute des premiers patients » (E1), « une graine au départ » (E2), « un tempérament à être intéressé par les autres ou pas » (E7), « un potentiel relationnel » (E15). Beaucoup pensent qu'« il doit y avoir un gène de l'empathie plus ou moins développé, qu'on développe plus ou moins avec l'éducation, avec ce qu'on vit » (E7). Le caractère acquis vient donc du cheminement personnel, de l'enfance, de l'évolution de la personnalité mais aussi de l'exercice même du métier:

E3: « C'est acquis dans le sens où quand tu fais un boulot en contact avec les gens et que t'es dans le conseil, la guidance, je pense que tu le deviens forcément plus que quand t'as commencé ».

E13: « Ça se travaille, ça se développe peut-être, avec les expériences qu'on peut faire, heureuses ou malheureuses avec les patients d'ailleurs, et puis ça s'enrichit de tout ce qu'on est. L'avantage de l'empathie c'est qu'elle se nourrit aussi de toutes nos expériences humaines, même en dehors du métier ».

Une orthophoniste précise même:

E2: « Pour être empathique de façon professionnelle, il faut quand même un peu travailler là-dessus. »

A la question suivante qui est de savoir si leur empathie a évolué entre leur début de carrière et aujourd'hui, deux jeunes orthophonistes, qui estiment qu'elle est innée, ne pensent pas qu'il y ait eu d'évolution, parce qu'elles ont « toujours été comme ça » (E12), ont « toujours eu de l'empathie depuis toute petite » (E5).

Deux orthophonistes sont dubitatives mais pensent que leur empathie doit avoir « évolué » (E17) et qu'en tout cas « c'est différent » (E19) sans y avoir « jamais réfléchi avant » (E19).

En revanche, seize orthophonistes pensent que leur empathie a évolué depuis leur début dans la profession, plutôt en qualité qu'en quantité. Ils emploient des adjectifs comme « maîtrisée » (E14), « développée » (E13), « affinée » (E19), « améliorée » (E3, E18).

L'amélioration peut se situer au niveau de la juste distance affective:

E2: « J'ai appris à maîtriser justement tout ce qui peut être dérivé du côté de l'affectivité et tout ça, je cerne mieux. Au début il y a un espèce de magma j'ai l'impression et on arrive à vraiment bien définir et à être claire avec cette attitude-là. »

au niveau de la capacité empathique à se mettre à la place des patients:

E10: « Quand tu commences à travailler, tu ne te rends pas toujours compte de ce que ça implique le problème chez les gens, donc t'es pas forcément très empathique parce que tu ne te rends pas compte à quel point il y a une souffrance derrière. »

et surtout au niveau de l'écoute:

E1: « Je dirais que quand j'étais plus jeune, il me semble que j'étais moins conscient de la capacité que j'avais à être complètement à l'écoute des autres. »

E18: « Je dirais que je suis plus attentive aux petits trucs qu'ils peuvent montrer, plus à l'écoute. »

Trois orthophonistes estiment d'ailleurs être plus empathiques depuis qu'elles maîtrisent la technique, car elles sont moins « stressées » (E10), « plus à l'écoute » (E11) et plus disponibles pour la relation en elle-même:

E20: « A un moment donné, la technique on l'a, mais on a besoin d'autre chose, ce n'est plus une préoccupation. Si on veut que ça avance, il faut prendre en compte plus large. Est-ce que c'est lié à l'accompagnement parental... »

Commentaire:

Le mélange inné/acquis de l'empathie et le fait qu'elle ait eu une évolution favorable depuis le début de carrière dominant dans les propos des orthophonistes. Il est intéressant de savoir maintenant ce qui a permis ce développement.

8. Le développement de l'empathie

Q11: Grâce à quoi pensez-vous avoir développé votre empathie?

Pour réussir à affiner son empathie envers le patient, treize orthophonistes observent leurs collègues de travail ou discutent avec eux, parce qu'ils peuvent faire part de leur expérience et donner des conseils sur les attitudes à adopter:

E1: « J'ai tiré de l'expérience des gens qui étaient autour de moi toute une série de notions ».

E2: « Grâce à mon métier où il y avait une équipe, où on discutait, psychologue, psychiatre tout ça, j'ai appris à maîtriser justement tout ce qui peut être dérivé du côté de l'affectivité et tout ça, je cerne mieux. »

E4: « C'est important de pouvoir échanger sur ce qu'on fait, mais aussi échanger sur des ressentis qu'on a par rapport à des enfants ou des familles. »

E14: « Beaucoup d'observation, des autres professionnels, que ce soit des médecins, des infirmières, personnel rééducateur, kiné, psy. Je pense que ça ce sont des choses qu'on apprend sur le terrain aussi, et l'avantage de travailler en équipe, avec d'autres gens, qui ont eux-mêmes une expérience et avec qui on peut discuter. »

E3: « Après c'est mes autres collègues ortho qui m'ont formée quand j'étais en CAMSP. Je les regardais travailler pour la technique parce que c'est important mais aussi pour comment gérer la relation. »

Plusieurs orthophonistes soulignent l'importance des échanges plus formels:

E7: « Il y a des groupes de parole au CUEEP, des groupes de réflexion de suivi de gamins, et puis des supervisions dans le cadre de l'équipe au travail, qui permettent de prendre distance pour analyser ce qui s'est passé entre soi et l'autre ».

E15: « Il faut trouver dans sa vie professionnelle quelqu'un à qui parler. La hiérarchie d'une structure a un rôle à jouer pour écouter les difficultés des gens. Si soi-même on est écouté, on écoute plus les autres, ça c'est sûr. Et puis autoriser les formations pour s'écouter soi-même, comme l'analyse transactionnelle, la sophrologie. »

E16: « On a nos réunions d'équipe toutes les semaines, et on se voit entre deux, et c'est vrai que vraiment quand il y a une situation qui nous met en difficulté, on a cette chance-là de pouvoir échanger, ce qu'on a beaucoup moins en libéral ».

Une orthophoniste qui exerce dans un SESSAD et en libéral précise d'ailleurs qu'elle apprend plus de choses, d'astuces au niveau relationnel en structure grâce aux réunions de synthèse, qui l'aident à être plus empathique.

Enfin, l'entourage familial ou amical peut également jouer un rôle dans le travail sur soi par l'écoute attentive qu'il procure.

Pour la moitié des orthophonistes, leur empathie s'est développée grâce à des ressources personnelles comme la lecture (E2, E4, E13, E14) et l'expérience :

E18: « Tu évolues par rapport aux réactions que tu as eu en face de toi. T'es quand même en évolution liée à l'expérience. »

E20: « J'ai plus d'empathie, ou en tout cas j'en ai plus conscience, parce qu'il y a plus d'expérience, on peut plus facilement entendre des choses parce qu'on les a entendues par d'autres. L'expérience fait qu'on est plus assuré. »

E9: « J'ai profité surtout des expériences négatives, des orthos qui s'énervent contre l'enfant, pour moi c'est forcément qu'ils ont échoué. Si on commence à s'énerver contre lui, à s'impatienter, il faut vraiment se dire: c'est moi qui suis dans le faux, c'est moi qui ne lui propose pas quelque chose qui lui convient. »

Expérience qui conduit à un « travail sur soi » (E7), qui aide à être empathique quand on est « confronté à des situations qui n'ont pas abouti et sur lesquelles on réfléchit. » (E13). Une orthophoniste évoque des situations où la réflexion, rapide, est toujours présente afin de réagir de façon appropriée:

E6: « Par exemple avec des parents qui sont dans le déni, je ne comprendrais jamais ces parents, ils n'ont pas ma logique, c'est la leur, mais essayer de les rejoindre où ils en sont. Avec des enfants autistes, qui commencent tout à coup à faire une crise incroyable, donc ils se bouchent les oreilles, pour quelque chose que moi je n'entends pas. Mais je me dis qu'à ce moment-là il y a quelque chose qui les dérange. Je vais pas leur dire: mais non il y a rien, il y a pas de bruit. Donc c'est ce qui m'aide, en me disant: je ne sais pas ce qui se passe mais c'est comme ça ».

Enfin, onze orthophonistes évoquent aussi les formations comme élément important de développement de leur empathie et d'auto-analyse:

E7: « Ça se construit par des formations. Moi j'ai très vite bénéficié de la formation PRL, puis de stages en analyse transactionnelle par exemple. Je ne sais pas quelle est ma quantité d'empathie mais ces formations-là m'ont appris à la gérer, à m'en méfier, à l'utiliser, à en tenir compte, à prendre du recul. Les formations elles ne forment pas à l'empathie, elle forment à la gestion de l'empathie, qu'est-ce qu'on en fait quoi de ça ».

E5: « Je sais que j'ai eu des formations avec Isabelle Eyoum où on sent à quel point l'humanité et l'empathie sont présentes dans ses rééducations. »

E11: « J'avais fait une formation avec Jacques Salomé, sur la relation et il avait dit quelque chose qui m'a semblé intéressant, c'est d'utiliser le JE et pas le TU. Se positionner soi permet à l'autre de se positionner, surtout dans les situations de conflit. »

E6: « Alors moi j'ai été aidée parce que j'ai une formation en analyse systémique. Donc j'ai eu quatre ans aussi de réflexion là-dessus, et aussi sur les émotions. »

E18: « Quand j'ai fait ma formation sur la dysphasie, on en a beaucoup parlé parce que c'était une formation longue d'une semaine. Pareil, quand j'ai fait ma formation de 2 jours sur l'autisme, l'enfant autiste, tu dois savoir t'adapter aussi par rapport justement à cette approche corporelle qui est difficile, ce regard qui n'est pas forcément adressé, donc tu dois t'adapter, tu n'as pas la même façon d'aborder. »

E17: « La semaine dernière j'étais à une formation de Thomas d'Ansembourg sur l'écoute, et c'était le thème un peu plus de la culpabilité. Et je trouve que c'est chouette de pouvoir travailler dessus, ne pas se laisser envahir par ses préjugés, par ses croyances. Et je m'étais intéressée à la PNL. J'ai eu des opportunités et j'aimais bien. La gestion mentale aussi pour moi, comprendre le fonctionnement de l'autre pour pouvoir être dans l'empathie, trouver son processus dynamisant ».

E9: « Quand on a conscience que c'est quelque chose d'important, ça se travaille. Ça se rencontre en formation, la gestion mentale, la PNL, on se rend compte que c'est des choses qui marchent, la formation logico-mathématique, Gepalm, tout ça c'est vraiment je trouve des formations empathiques, parce qu'on cherche à comprendre l'enfant, là où il en est ».

E15: « J'étais convaincue que, si on est soi-même capable d'analyser ce qui se passe, de se dire qu'est-ce qui résonne en moi, qu'est-ce qui fait que je suis touchée dans cette situation, si on fait un peu une introspection, on est plus à même d'être aidant. Ça c'est à travers des modèles de formation type Analyse transactionnelle, Gestalt, PNL. Je pense que ce sont des outils qui permettent en tout cas de se dire qu'on a le droit en tant que professionnel de se poser ce genre de questions, la relation d'aide va chercher quelque chose en soi, il faut savoir pourquoi on veut aider et qui on est là-dedans. »

Enfin deux orthophonistes mettent en avant la chance « d'avoir été imprégnés par certains professeurs très empathiques » (E6), ou « d'avoir été rattachée à Lille 3 et d'avoir eu toutes les formations assurées par Claude Chassagny » (E8).

Nous concluons cette question du développement de l'empathie par les propos d'une orthophoniste qui pense que les formations et les échanges sont nécessaires pour sortir du lieu commun flou et inexact de l'empathie et arriver à une véritable empathie professionnelle:

E7: « On fait pas ça tout seul, ça se construit hein. Justement pour que ce ne soit pas un bon sentiment, un truc de générosité et de faire plaisir. »

Q12: L'empathie a-t-elle été abordée en formation initiale?

Les orthophonistes ont souvent eu des difficultés pour répondre à cette question. Pas seulement parce que leur formation est parfois ancienne, mais aussi parce qu'il leur fallait réfléchir aux enseignements qui auraient pu contenir des notions qui relèvent de l'empathie.

Seulement cinq d'entre eux estiment que la notion a été abordée en formation initiale, dont trois qui la rattachent directement à l'enseignement de Claude Chassagny.

Sept autres orthophonistes pensent que le concept a été abordé mais jamais sous le terme d'empathie, plutôt à travers les notions d'accompagnement parental, d'écoute, ou encore à travers les situations présentées en formation et l'idée d'un recul nécessaire pour analyser les choses.

En revanche sept orthophonistes répondent par la négative et une autre avoue ne pas se souvenir s'il en a été question dans sa formation initiale.

Quoiqu'il en soit, beaucoup d'entre eux précisent qu'ils auraient aimé « avoir des pistes » (E3), que « ça aurait été intéressant » (E12) d'avoir un enseignement de l'empathie. Il faut noter également qu'une orthophoniste dit avoir « découvert ce que c'était en stage » (E10) en rencontrant des orthophonistes qui en manquaient sensiblement.

Commentaire:

Les échanges entre professionnels, formels ou informels, l'expérience mais aussi les formations ont permis à un certain nombre d'orthophonistes interrogés de développer leur empathie. Les échanges et les formations sont davantage cités par les orthophonistes travaillant en structure. En revanche nous constatons que la formation initiale ne semble pas avoir beaucoup préparé les futurs thérapeutes à cette dimension de la relation.

9. L'enseignement de l'empathie

Seulement cinq orthophonistes pensent qu'il n'est vraiment pas possible de se former à l'empathie, sous la forme d'un enseignement spécialisé dans le domaine, parce que « l'idée d'empathie doit passer par les TD qu'on a proposés, ou dans les cours » (E7), parce qu' « on ne peut pas apprendre à être empathique » (E10, E8), parce que « ça ne se plaque pas, ça se vit, ça se ressent » (E19) et enfin parce que « ce serait plus intéressant en formation continue, quand on est dans le contexte, dans la vie active » (E11). Mais quelques unes d'entre elles admettent quand même qu'une sensibilisation est possible:

E10: « Je pense qu'on peut alerter les étudiants, faites attention à ça ou à ça ».

E8: « C'est vrai que définir l'empathie et sensibiliser les étudiants pourrait être intéressant vu la manière dont l'orthophonie est enseignée actuellement. »

En revanche pour les trois quarts des orthophonistes interrogés, un enseignement de l'empathie est envisageable pour de multiples raisons:

- il y a une part d'acquis dans le développement de l'empathie:

E2: « Pour être empathique de façon professionnelle, il faut quand même un peu travailler dessus. »

E6: « C'est quelque chose qui s'apprend car ça fait partie des choses qui ne coulent pas de source ».

- la dimension relationnelle serait laissé un peu de côté dans l'enseignement:

E2: « Ce serait bien, parce que franchement, je crois que maintenant c'est devenu très très technique. »

E15: « Même je trouve que dans la formation de base, on devrait parler plus de cette dimension humaine, relationnelle aux orthophonistes. »

- « c'est primordial qu'on en parle » (E3).

- le côté inné de l'empathie n'est pas suffisant pour devenir soignant:

E5: « Ce qui est inné, je pense, c'est d'être touché par les autres. Ce qui ne l'est pas c'est de savoir comment réagir par rapport à ça. »

- un enseignement de l'empathie donnerait de nouvelles pistes:

E13: « Une formation complémentaire, ça peut peut-être enrichir, donner de nouveaux savoir-faire, de nouvelles façons de réfléchir, des méthodes. »

- ça permettrait d'être plus vite à l'écoute, de mieux débiter dans le métier:

E13: « Peut-être que si on nous avait ouvert l'esprit avant, on aurait gagné du temps. »

- réfléchir sur sa pratique est toujours bénéfique pour se renouveler:

E13: « Et puis tout ce qui fait réfléchir sur les autres et sur soi-même c'est toujours intéressant. On se positionne mieux, on voit aussi mieux comment on peut avec sa personnalité, comment on peut aider les autres. »

E17: « Je trouve qu'on devrait avoir des formations en orthophonie pour ça et qu'on devrait régulièrement se faire des piqûres parce qu'on doit sûrement se rigidifier quoi, à force. »

- ça peut aider des étudiants à mettre à jour leur capacité d'empathie:

E20: « Peut-être que ça peut être utile pour les gens qui n'en ont pas conscience. »

Quant à la forme que pourrait prendre cet enseignement, la majorité des orthophonistes évoquent un enseignement pratique, « sous forme d'échanges » (E11), fait d'analyses de « cas cliniques » (E3), de « jeux de rôle » (E14, E15, E16), « comme quand on donne des exemples de garder une certaine empathie même si le patient est extravagant, s'il sent mauvais » (E14), « pour se mettre à la place du patient » (E16), pour « essayer de voir où était cette empathie, comment elle a été formulée, essayer de l'analyser en fait » (E20). L'intérêt est qu' « on montre beaucoup de choses quand on fait des simulations mais ce n'est pas habituel comme pratique. » (E15). Il pourrait aussi s'agir de vidéos de séances, pour « essayer de voir avec cet enfant comment on pourrait réagir » (E18)

Une des orthophonistes interrogées, qui intervient à l'Institut, donne l'exemple d'un TD sur les attitudes facilitatrices, qui permet de développer l'empathie:

E6: « Je fais un cours où on s'entraîne à faire des feedback, à voir les attitudes facilitatrices. Parce qu'en ayant vu travailler sur vidéo des collègues ortho, des enseignants, je me suis dit: là ça manque d'empathie. Dans les jugements, les réflexions désagréables, on se dit :non quoi. »

L'enseignement pourrait aussi prendre la forme d'un groupe de parole après le retour de stages, parce que les étudiants auraient rencontré des patients et expérimenté la relation d'aide:

E5: « Je trouve que c'est difficile d'en parler en tant qu'étudiant quand on n'a pas vraiment abordé les choses, quand on n'a pas encore fait de stages. Donc peut-être

dans les semaines de 4e année, sur le ressenti pendant les suivis des stages, s'il y a des patients qui les déstabilisent. Ce serait bien de pouvoir en parler. En TD, parce qu'on pourrait plus facilement dire son ressenti ».

E7: « Le moment c'est peut-être le retour des stages, faire des petits groupes de réflexion. Un débriefing où on parle de sa propre expérience. C'est à partir du terrain. Je trouve qu'il devrait y avoir un débriefing déjà après les stages de 2e année et en petits groupes. »

Un enseignement théorique est également envisagé par la majorité des orthophonistes, pour donner les fondements du concept et présenter les théories de certains auteurs:

E4: « Je pense qu'il faut donner des clés pour inciter les gens à lire, à y réfléchir, pour que les gens découvrent que des chercheurs, des théoriciens travaillent cette notion-là. »

E18: « Parler un peu de tout ce qui est approche systémique, même si c'est compliqué, savoir un peu quelle position adopter. »

E13: « Et puis peut-être aussi, vous parlez d'auteurs, ce qu'on fait de façon empirique tous les jours, il y a quand même des gens qui ont réfléchi dessus, et donc ça ressort de certaines théories, de certaines pensées d'auteurs, et je trouve que pour notre culture ça peut être intéressant aussi. »

E15: « Déjà donner des choses de base sur ce que c'est l'écoute active, ce que c'est que la relation à la personne à sa famille, les aspects relationnels, sous forme de théorie »

pour déboucher sur une mise en garde des étudiants:

E10: « Peut-être apprendre à maîtriser son empathie, parler de l'empathie en cours pour ne pas se laisser déborder, et aussi dans le risque d'être trop distant. »

Mais beaucoup reconnaissent que l'enseignement théorique de l'empathie ne doit pas être trop long et qu'il faut surtout du vécu:

E1: « La théorie ça devient vite barbant. Donc après il faut vite passer soit à des enregistrements, soit à du partage de vécu. »

E6: « Je pense qu'on ne peut pas faire un TD que sur l'empathie. Il faut un support pour pouvoir en parler, du vécu. On ne peut pas arriver avec un cours, à part si on fait un peu de théorie, Rogers et compagnie mais sinon travailler sur les ressentis ».

Si les modalités concrètes des travaux dirigés traitant de l'empathie nécessiteraient davantage de temps de réflexion, la nécessité et la possibilité de sensibiliser à l'empathie semble évidente pour la plupart des orthophonistes:

E9: « Un cours de 2/3h sur l'empathie théorique, avec en plus des vidéos avec des démonstrations d'empathie. On ne peut pas apprendre à être empathique mais au moins sensibiliser. »

E12: « Sensibiliser les étudiants, parce que peut-être qu'ils le sont sans le savoir, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte. Les sensibiliser et les remettre en question: est-ce que je suis empathique, est-ce que je le suis assez, est-ce que je peux progresser... Les sensibiliser plus qu'apprendre. »

E20: « Peut-être sensibiliser les étudiants à l'empathie, à prendre du recul, à être capable de reformuler, d'analyser. Peut-être que ça rassurerait les jeunes diplômés. Pour sortir de ce côté trop technique et dire voilà attention, l'orthophonie c'est de la communication, ce n'est pas que du langage où on fait des pataka, il y a par exemple l'accompagnement. »

Beaucoup d'orthophonistes précisent ainsi qu'on ne peut pas apprendre à être empathique et une d'entre eux insiste sur le fait qu'il faut savoir « en faire quelque chose et la contrôler » (E7), aspect qui doit faire partie de la formation initiale.

L'entretien lui-même provoque la réflexion, ce qui est apprécié par deux orthophonistes:

16: « Je pense que ce n'est pas inintéressant à un moment donné de s'arrêter, et de réfléchir à tout ça. C'est bien qu'on vienne bousculer un peu les choses. On doit avant tout rester soignant et bienveillant, pas que des rééducateurs. »

E9: « Rien que le fait d'en parler depuis 3 mois que tu es en stage avec moi, inconsciemment ça chemine. Rien que le fait de : tiens, l'empathie, qu'est-ce que c'est déjà? De se poser la question. Là, rien que le fait de faire passer cet entretien. Je serai plus empathique demain qu'hier. »

Une troisième voit déjà comment elle pourrait ajuster ses cours afin de mettre l'empathie plus en valeur:

E13: « En discutant avec vous j'étais en train de me dire que justement quand je présente des cas cliniques peut-être que ça apparaît un peu mais qu'il faudrait que je réfléchisse à ce que ça apparaisse encore plus et puis que je puisse en parler directement aux étudiants comme étant des attitudes empathiques. »

Enfin, deux orthophonistes reconnaissent que le concept est abordé de façon trop éparse dans la formation initiale pour que les étudiants le perçoivent comme important:

E4: « Je pense que c'est un peu dilué dans plusieurs cours. »

E15: « On ne l'entend même pas du tout si c'est pas ciblé dessus. Si on veut faire réfléchir les gens sur l'empathie, il faut du temps. »

Commentaire:

Nous retenons que les trois quarts des orthophonistes estiment qu'un enseignement de l'empathie en formation initiale serait profitable et invoquent des raisons très variées. Sa mise en place nécessiterait la combinaison d'un peu de théorie et de beaucoup de mise en pratique, comme des vidéos de séance pour faire une étude de cas portée sur la dimension relationnelle, des jeux de rôle et des groupes de parole après chaque période de stage.

10. L'empathie: une compétence professionnelle orthophonique?

Cinq orthophonistes seulement pensent que l'empathie n'est pas une compétence orthophonique à la fin de l'entretien, pour deux raisons essentielles:

- « elle n'est pas évaluable » (E4, E18, E19) car « cela voudrait dire qu'on soit capable de porter un jugement sur les autres » (E17)

- c'est « plutôt une qualité » (E4, E17, E18, E5, E19), liée à la personnalité

Deux d'entre eux estiment malgré tout que l'empathie est « quand même évaluable dans les stages » (E18, E19), « pas directement, mais côté relationnel » (E19).

En revanche il s'agit d'une compétence orthophonique pour les trois quarts des orthophonistes, qui utilisent un panel varié de qualificatifs: « indispensable » (E2, E6), « obligatoire » (E3, E10), « complémentaire » (E12), « humaine transversale » (E13). Pour eux l'empathie est nécessaire « sinon ça ne va pas fonctionner » (E10), « sinon on n'a plus qu'à aller vendre des petits pois. » (E8). Elle est également définie comme « un élément d'identité du métier » (E11), faisant partie du « savoir-être » (E6).

Une orthophoniste souligne la notion de compétence par le fait que « ce n'est pas simplement être gentil, sympathique et chaleureux » et l'élargit au « bon sens relationnel » car « savoir évaluer sa distance, c'est le top du top » (E15).

Enfin l'empathie est même considérée comme une compétence de premier ordre par deux orthophonistes:

E1: « Moi je pense que ça devrait être une ou la première compétence. Moi je ne conçois pas que nous puissions être thérapeute, l'aider à se soigner, ou le soigner, sans pouvoir être à son écoute. »

E9: « L'empathie en premier dans la liste des compétences orthophoniques. »

Quelques orthophonistes soulèvent aussi le problème de son évaluation, mais sans remettre en question son statut de compétence:

E7: « Je ne sais pas comment ça se mesure. »

E12: « Ça fait partie des compétences professionnelles, même si c'est pas objectivement évaluable. »

La question sensible de l'évaluation de l'empathie a soulevé quelques réactions quant à son appréciation à l'Institut de Lille.

Si deux orthophonistes rappellent qu'il y a quand même « un testing de l'appréciation du relationnel de l'autre » (E6, E7) pendant les oraux, une autre orthophoniste est plus pessimiste et reconnaît que la part innée de l'empathie n'est pas évaluée « car les filles qui ont de bonnes notes sur un texte scientifique, c'est pas sûr ça qu'on voit si elles vont avoir un sens relationnel développé. Et il n'y a quasiment pas d'élimination à l'oral » (E15). C'est ce que pensent également deux autres orthophonistes, qui placeraient une réelle évaluation de l'empathie des étudiants pendant les oraux du concours:

E10: « Un test à l'oral au niveau du concours. Et pour avoir un signe objectif au concours, je ne sais pas trop comment, peut-être des réactions face à des images. »

E5: « Ça doit faire partie des qualités requises. Moi je préfère que ce soit mis vraiment dans la sélection des orthophonistes. Au moment des oraux, en l'occurrence à Lille je trouve que le rendez-vous psy qu'on a eu était un petit léger, un plus gros rendez-vous psy pour cerner la personnalité ce serait un peu mieux, un entretien plus long. Et même à la fin, de pouvoir rediscuter aussi avant le diplôme ».

L'évaluation de l'empathie en stage a parfois amené la discussion sur le contenu de la grille de rapport de stage. Une orthophoniste qui avait participé à l'élaboration d'une ancienne grille se souvient qu'ils avaient « détaillé » et qu'il y avait « quand même la discrétion, le fait de savoir s'adapter » (E6) et s'interroge donc sur la grille actuelle qu'elle connaît moins. Nous nous sommes donc procuré la grille de stage qui précède l'actuelle et qui a été en vigueur plus de 10 ans jusque juin 2007. Nous avons effectué une comparaison des deux grilles que nous présenterons en annexes. Il s'avère que les grilles précédentes (A3 et A4) contenaient certaines caractéristiques empathiques de façon assez explicite, grâce aux items d'évaluation « adaptation à la situation » et « qualités relationnelles ». En revanche, la grille actuelle (A5) n'évalue l'empathie de l'étudiant que sous l'item très général de « Communication et relation d'aide ». Il est nécessaire d'aller consulter les détails contenus dans le chapitre intitulé « Rappels des objectifs des stages actifs de 4e année » (A6) dans la rubrique « Démarche clinique » pour avoir le détail de tout ce qui se rattache sous cet intitulé. Nous y trouvons effectivement des capacités empathiques clairement exprimées: « être à l'écoute des besoins et sentiments exprimés

par le patient, utiliser un langage adapté en fonction de l'interlocuteur et de la situation » et aussi plus loin: « s'adapter au patient (attitudes, activités proposées) ». Nous constatons donc que l'empathie est présente, plus ou moins directement, dans les grilles d'évaluation des stages depuis au moins 15 ans, ce qui veut dire qu'elle est considérée comme évaluable.

Pourtant, une orthophoniste remarque avec pertinence la posture délicate du maître de stage au moment de remplir le rapport:

E7: « Il y a très très peu de maîtres de stage par exemple qui osent critiquer leurs stagiaires. En tant que maître de stage, on est en empathie avec son stagiaire, et tellement en empathie qu'on le surprotège. Et en même temps, on se remet en cause aussi parce que si au bout d'un an il n'a pas progressé, on se remet en cause en tant que maître de stage. Donc c'est une position très complexe. »

Si l'on peut comprendre le malaise de certains maîtres de stage au moment d'évaluer un étudiant, il n'en reste pas moins que cette étape importante contribue à influencer sur le type de professionnel que sera le futur orthophoniste. Preuve en est le propos de ce thérapeute qui souhaite une évaluation de l'empathie pendant les stages et qui ne semble pas croire que ce soit déjà le cas:

E5: « Pendant les stages aussi. Je sais qu'il y a des stagiaires qui ont fait des stages déplorables parce qu'ils sont tellement imbus d'eux-mêmes qu'ils n'écoutent pas leur maître de stage ou qui ne feront pas de bon boulot et ils sont quand même diplômés et je trouve ça déplorable ».

Commentaire:

Les trois quarts des orthophonistes considèrent l'empathie comme une compétence professionnelle, au-delà du problème de son évaluation et de son lien avec la personnalité, parce qu'elle est essentielle dans leur travail et qu'elle peut se développer. C'est donc bien plus qu'un trait de caractère. Selon certains thérapeutes, l'évaluation actuelle de l'empathie existe de principe, et est présente dans les grilles de stage, mais gagnerait à être plus effective.

Discussion

1. Principaux résultats et validation des hypothèses

Les entretiens ont tout d'abord permis d'élaborer un état des lieux assez détaillé de la conception de l'empathie des orthophonistes interrogés ainsi que de sa prise en compte dans leur pratique.

Nous avons également dégagé des constantes comme une connaissance générale mais souvent imprécise du concept, notre première hypothèse étant donc infirmée, un consensus sur les bienfaits de l'empathie pour le patient et la prise en charge, une fluctuation plus ou moins combattue de l'empathie selon des facteurs intérieurs et/ou extérieurs, un développement en cours de carrière et un enseignement possible de l'empathie en formation initiale ou continue.

Il apparaît aussi que l'empathie est largement considérée comme une compétence professionnelle orthophonique, ce qui confirme notre deuxième hypothèse.

Un autre but de ce travail était d'amener les orthophonistes à s'auto-analyser dans le domaine délicat et personnel de la relation au patient. L'objectif est atteint car ils ont souvent exprimé n'avoir jamais réfléchi à certains aspects et nous avons aussi souvent ressenti qu'ils sondaient au fond d'eux-mêmes et réfléchissaient à leur pratique pour pouvoir répondre le plus sincèrement possible. De plus, certains ont clairement apprécié l'entretien, parce qu'ils ont trouvé intéressant d'aborder cette thématique peu courante. Preuve en est la durée des entretiens: plus d'1h15 pour la moitié d'entre eux.

Enfin, la réflexion souhaitée sur la formation actuelle des orthophonistes a été productive et riche d'idées nouvelles à explorer.

2. Critiques méthodologiques et difficultés rencontrées

Avant de débiter les entretiens, nous étions convaincus qu'il ne fallait pas demander directement aux orthophonistes de définir l'empathie, pour qu'ils n'aient pas le sentiment d'être « évalués » et pour ne pas les mettre mal à l'aise devant une question à laquelle il n'est pas si simple de répondre spontanément. Nous ne voulions pas la définir non plus nous-mêmes sinon nous n'aurions pas obtenu la concep-

tion spontanée des orthophonistes. Cependant, quelques uns d'entre eux auraient souhaité que nous leur donnions une définition claire de l'empathie en début d'entretien ou ont été surpris que nous ne le demandions pas. Nous y avons donc réfléchi et avons posé ouvertement la question à quelques orthophonistes par la suite. Il s'est avéré que leurs réponses étaient hasardeuses et qu'ils étaient effectivement gênés par la question, alors qu'ils pouvaient par ailleurs donner des indications pertinentes et révéler une bonne vision de l'empathie dans le vif de la conversation. Nous n'avons donc pas poursuivi la démarche.

Peut-être aurions-nous pu trouver une solution intermédiaire, comme celle de lire la définition d'un dictionnaire. Nous aurions alors demandé aux orthophonistes s'ils étaient d'accord avec elle (mais comment contredire une définition de dictionnaire?) et s'ils voulaient ajouter d'autres éléments à la définition. Ou alors nous aurions pu faire des propositions comme par exemple: « être empathique pour vous, est-ce être gentil? (oui/non), être à l'écoute? (oui/non) être respectueux? (oui/non)... ». Mais là encore nous aurions nous-mêmes induit les « bonnes » réponses.

Notre perplexité a été définitivement levée quand nous avons écouté les enregistrements phoniques des entretiens. En effet la conception de l'empathie des orthophonistes se dégage assez nettement à travers l'orientation de leurs réponses, le champ lexical utilisé ou encore les anecdotes racontées.

Nous nous sommes aussi rendus compte, après l'écoute des entretiens, que nos questions concernant l'empathie pendant le temps du bilan ne portaient que sur le déroulement lui-même de l'anamnèse et des épreuves. Or nous aurions pu aller plus loin et questionner les orthophonistes sur la part de subjectivité dans la pose finale du diagnostic. Car si l'empathie permet de comprendre le patient et ses besoins grâce à l'écoute de sa plainte et à l'observation fine de son fonctionnement, de ses réactions, de ses émotions, elle entre véritablement dans le cadre de l'appréciation de son trouble, et donc dans la pose du diagnostic. La subjectivité peut donner du sens à un support scientifique, mais il faut pour cela laisser l'empathie s'intégrer pleinement dans la démarche diagnostique. Nous regrettons donc de ne pas avoir interrogé les orthophonistes sur cet aspect important du bilan.

Enfin, un dernier problème, trivial mais réel, que nous avons rencontré a été de n'avoir réalisé que la moitié de la partie théorique, correspondant à la définition et

l'histoire de l'empathie en général, quand les entretiens ont débuté. Les recherches sur l'empathie particulière au domaine du soin nous auraient permis d'avoir les idées encore plus claires, d'orienter plus précisément les entretiens si elles avaient été réalisées auparavant.

3. Analyse des résultats

Nous avons pu dégager cinq grands résultats, qui permettent, tout en témoignant de la vision de l'empathie des orthophonistes, de répondre à la problématique du mémoire.

3.1. Hétérogénéité de la définition

Tout d'abord nous avons constaté une grande variété dans la définition de l'empathie. Au travers des champs lexicaux déployés par les orthophonistes, quatre conceptions différentes se dégagent:

- un tiers des orthophonistes n'avaient jamais réfléchi à ce concept dans leur pratique. Nous les sentions très hésitants dans leurs réponses. Leur définition est donc restreinte, parfois même floue ou limitée à l'écoute et la compréhension, souvent confondue avec la chaleur, la sympathie, la gentillesse. Ils estiment très souvent qu'elle est innée, qu'elle fait partie de leur personnalité et ne se sont donc jamais interrogés sur ses manifestations, sur le rôle qu'elle peut jouer et sur leur capacité à la conscientiser, à la maîtriser. De ce fait, ils ont des difficultés à préciser leurs pensées, leurs façons d'être, à s'auto-analyser. Ils sont aussi bien jeunes dans la profession qu'en activité depuis plus de 20 ans et ont souvent peu bénéficié de formations continues dans ce domaine. Nous distinguons deux catégories d'orthophonistes dans ce groupe: ceux qui « pataugent » un peu dans leur pratique empathique ou ceux qui ont de bonnes intuitions, de bonnes attitudes au fil de l'expérience mais n'en sont pas conscients.

- un autre petit tiers des orthophonistes la conçoivent comme un « plus » nécessaire, un élément conjoncturel de leur travail. Ils n'en ont pas toujours conscience en travaillant mais appuient sans hésiter l'importance de l'empathie parce qu'ils sont profondément convaincus de ses bienfaits sur la prise en charge. Ils n'oublient jamais qu'ils rencontrent un être humain qui doit être considéré dans sa globa-

lité et non comme un trouble. Mais pour eux l'identité du métier réside avant tout dans la technicité et nous ressentons une séparation entre le travail orthophonique « pur » (épreuves de bilan et exercices de rééducation) et l'empathie, surtout cantonnée à l'accueil du patient, à l'anamnèse du bilan ou pendant les échanges liés à l'accompagnement parental.

- une troisième catégorie d'orthophonistes considère l'empathie comme un élément structurel de leur travail. C'est un outil, conscient, pour lequel ils ont bénéficié de formations. Il est complètement imbriqué, indissociable des outils techniques car toujours présent en filigrane des exercices ou des bilans, du début à la fin des séances. Ce sont ici exclusivement des professionnels de plus de 50 ans.

- enfin deux thérapeutes considèrent l'empathie comme primordiale dans leur travail, le moteur de la relation et de la prise en charge, et qui donne du sens à cette dernière.

3.2. Influence du mode d'exercice et du type de pathologies traitées

Voici ce que nous avons constaté au travers des propos des orthophonistes qui travaillent en structure:

- l'empathie est plus facilitée en institution car il y a beaucoup moins de pression temporelle. Les rendez-vous s'enchaînent un peu moins, ce qui laisse davantage de souplesse pour écouter le patient ou la famille qui a besoin de parler. Le thérapeute est ainsi moins tendu, plus disponible pour le patient.

- tous ceux qui pensent que l'empathie est consciente travaillent à temps plein en institution sauf une orthophoniste qui est en exercice mixte. La prise en compte de l'empathie dans la prise en charge semble donc plus présente en structure. Ils mettent aussi en avant le fait d'avoir beaucoup d'échanges, formels ou informels, avec leurs collègues orthophonistes ou d'autres corps de métier qui les aident à réfléchir sur leur pratique relationnelle. Le résultat est qu'ils parlent souvent mieux de l'empathie.

Nous sommes donc amenés à penser que le travail sur soi facilité par les discussions et l'absence de pression temporelle sont deux facteurs qui aident au développement de l'empathie des orthophonistes salariés.

Nous avons également constaté que les orthophonistes les plus empathiques prennent plutôt en charge des pathologies assez importantes comme la surdité, les troubles d'oralité, les aphasies, les maladies neuro-dégénératives, les troubles du comportement ou l'autisme, les maladies génétiques, la déficience mentale, et ce quel que soit le mode d'exercice. En effet, ce sont des pathologies qui nécessitent beaucoup d'écoute des sentiments et des besoins du patient et de l'entourage mais aussi beaucoup d'adaptations. Non que les autres pathologies (le langage oral et le langage écrit « classique » par exemple) n'impliquent aucune empathie de la part des thérapeutes mais elle semble quand même moins sollicitée.

3.3. Une expression variable de l'empathie

Un autre constat que nous avons pu faire après l'analyse des entretiens est que l'empathie n'a pas la même nature chez tous les professionnels. Nous distinguons quatre expressions différentes de l'empathie, également réparties parmi le panel de professionnels rencontrés:

- une empathie naturelle, presque automatique, liée à la personnalité du thérapeute et aux règles de courtoisie. Elle se traduit par une écoute et des paroles rassurantes, une attitude bienveillante, un accueil chaleureux et aimable du patient. Cette empathie renvoie aux qualités relationnelles requises dans tout métier du soin et est bien sûr tout à fait légitime mais ne peut suffire à définir l'empathie orthophonique.

- une empathie plutôt affective, en référence à Serge Tisseron ou encore Jean Decety, c'est-à-dire centrée sur les affects de l'autre, directement liée à la personnalité du thérapeute, qui répond alors de façon affective, en laissant résonner en lui les états sensoriels et émotionnels du patient ou de l'entourage. C'est une empathie « sensitive » nécessaire pour certains orthophonistes afin de comprendre la plainte et les besoins du patient. Mais il faut maîtriser cette résonance pour ne pas trop s'identifier et avoir le recul nécessaire pour la réflexion et l'analyse.

- une empathie plutôt cognitive, toujours en référence aux mêmes auteurs, centrée sur la représentation du fonctionnement mental et affectif du patient. Le thérapeute s'intéresse aux pensées et aux émotions du patient, à son cheminement intellectuel dans ses discussions ou pendant un exercice. Il prend la perspective subjective de son interlocuteur sans avoir besoin d'entrer en résonance avec les émotions de ce dernier. C'est une empathie davantage « mentalisée », en lien avec la personnalité et/ou des formations. Ce type d'empathie professionnelle pourrait

même d'ailleurs se passer de chaleur et de bienveillance. Le thérapeute se décentre pour mieux se concentrer sur les idées, les savoirs et le fonctionnement intellectuel du patient, ce qui l'aide à adapter son matériel et sa démarche thérapeutique.

- enfin certains orthophonistes parviennent à combiner les deux empathies, cognitive et affective. Ils sont peu nombreux et ont bénéficié de formations en développement personnel, en communication et en analyse des comportements. Ils insistent d'ailleurs sur la nécessité de se connaître soi-même pour réagir au mieux devant l'interlocuteur.

Si nous réfléchissons aux natures empathiques qui définissent le mieux l'empathie professionnelle orthophonique, il s'agirait de la dernière ou de l'empathie cognitive seule. En effet, écouter et comprendre le patient est une chose, mais cela n'a d'intérêt qu'en débouchant sur une prise en charge adaptée en retour. Et répondre uniquement en retour d'une empathie affective ne concerne pas l'orthophoniste, mais le psychologue ou le psychiatre. Ainsi nous estimons que l'empathie intégrée au travail orthophonique est spécifique au métier. Elle se traduit par la recherche d'adaptations (au cours même de la séance mais aussi transférables à la vie quotidienne), la décentration, la disponibilité, la prise en compte des savoirs de l'autre. Car c'est en effet la vision d'une empathie sociale qui domine chez les orthophonistes empathiques: leur objectif est que leur patient s'intègre au mieux dans un groupe ou que le retour à domicile, suite au passage en centre de rééducation, soit le plus aisé possible, ou encore que le patient continue au mieux sa vie quotidienne, malgré son trouble. Un orthophoniste se démarque de cette orientation par une vision plutôt philosophique, très altruiste de l'empathie, sur le modèle d'Adam Smith. Il en parle comme d'une compétence plutôt morale, cherche sincèrement le bonheur des autres, a une conception très humaine de son métier et insiste sur le devoir d'humilité de l'orthophoniste.

3.4. La peur d'une mauvaise gestion de l'empathie

Nous avons aussi été marqués par les nombreux discours où perçait, plus ou moins clairement, la peur de ne pas maîtriser son empathie et de basculer dans des domaines proches d'elle, qui témoignent en fait de confusions dues à une mauvaise maîtrise du concept:

- certains orthophonistes ont peur d'être trop sensibles aux situations de leurs patients ou des familles. Quand c'est le cas, ils se maîtrisent plutôt bien face à l'interlocuteur mais sont parfois submergés intérieurement. Leur empathie affective est alors trop développée et ils éprouvent de la compassion. Ils en ont conscience mais ne savent pas comment lutter contre cette trop grande sensibilité.

- d'autres ont peur de dériver dans trop de psychologie pendant l'écoute du patient, de leur propre fait, en se prenant au jeu, en essayant de trouver des solutions à ses problèmes, ou du fait du patient qui oublie parfois la frontière qui existe entre orthophoniste et psychologue.

Dans l'un ou l'autre cas, les orthophonistes concernés tenaient souvent un discours de mise en garde pour les jeunes orthophonistes, sans parfois avouer qu'ils ont connu cette fragilité ou qu'ils la connaissent encore.

- la peur de tomber dans la sympathie habite aussi certains orthophonistes. Il est vrai que si le patient partage nos convictions, est agréable et coopératif, la tentation est grande d'aller au-delà de l'empathie professionnelle. Cette attitude profondément humaine est compréhensible, mais il est préférable de l'éviter. Ce qui est plus étonnant et moins professionnel, ce sont les idées de certains orthophonistes que la sympathie précède l'empathie ou alors qu'elles ne font qu'un. Alors que la seconde ne révèle qu'une méconnaissance pure du concept, la première signifie que si le patient n'apparaît pas comme sympathique aux yeux de l'orthophoniste, celui-ci n'arrivera pas à être empathique avec lui. Pourtant le thérapeute peut et doit être empathique dès la première rencontre avec un patient, en le considérant tel qu'il est, en se gardant de le juger, en cherchant à le comprendre au mieux, alors qu'on peut ressentir de la sympathie seulement quand on connaît un minimum une personne.

- enfin d'autres orthophonistes ressentent la crainte d'être trop gentil, de manquer de fermeté parfois. Elle est liée à l'envie d'être agréable et d'être apprécié par sa patientèle. Pourtant il n'y a aucun lien entre la fermeté et l'empathie. Certains le sentent au fond d'eux mais se disent peut-être que l'attitude professionnelle d'aide, d'encouragement et de valorisation du patient les empêche d'intervenir fermement, même si c'est légitime.

- une dernière peur, qui résume finalement toutes les autres, est celle de l'incompétence relationnelle. Des orthophonistes admettent que s'ils déploient leur empathie par l'écoute, la compréhension du patient et son respect, ils n'ont pas toujours les moyens de réagir adéquatement dans certaines situations et se sentent démunis.

La relation est alors comme interrompue. Or la relation se co-construit, c'est un échange permanent, l'interlocuteur attend un retour, quel qu'il soit, suite à l'exposition de sa situation ou à la manifestation d'une émotion. C'est ainsi que certains orthophonistes rencontrés se sentent incompetents au niveau de la manifestation de leur empathie face à des parents alors qu'eux-mêmes n'ont pas encore d'enfants, ou face à un interlocuteur qui pleure, ou encore face à des pathologies lourdes.

3.5. L'empathie: une compétence orthophonique

Ces différents constats nous conduisent à la conviction qu'une formation à l'empathie est possible et permettrait d'en faire une véritable compétence professionnelle. En effet, tous les orthophonistes interrogés sont d'accord pour dire que l'empathie est en totalité ou en partie acquise, même ceux qui la considèrent plutôt comme innée, ce qui signifie que l'on peut intervenir sur cette part d'acquis. Mais comment intervenir?

- il faut d'abord bien définir le concept d'empathie pour que les étudiants en aient une vision claire et en connaissent l'origine et l'histoire, le développement chez l'enfant, ou encore les pathologies qu'ils rencontreront où elle sera particulièrement sollicitée. Il faut également le définir précisément dans le domaine du soin, en référence à Carl Rogers notamment, pour entrevoir concrètement l'attitude empathique vers laquelle un professionnel du soin doit tendre. Ce ne sera ainsi plus un trait vague et naturel de la personnalité mais un élément à part entière de la profession, un sujet de réflexion, parce qu'il aura une place particulière et officielle dans l'enseignement.

- il est nécessaire également de poser clairement la distinction entre empathie et concepts voisins de la sympathie, de la compassion, et bien spécifier sa différence avec la gentillesse et le manque de fermeté. Les orthophonistes seront ainsi mieux armés pour rester exclusivement en empathie avec le patient.

- il serait intéressant aussi de pousser la réflexion des étudiants, au fil des années et des stages, sur l'importance de l'empathie à l'œuvre tout au long d'une séance, de faire des liens entre les échanges du début de séance et le choix des exercices de rééducation et de leur donner aussi des exemples d'adaptation possible de matériel, de langage ou d'attitudes afin de développer leur empathie cognitive, centrée sur le fonctionnement intellectuel du patient.

- une présentation et/ou initiation aux formations dédiées au travail sur soi, à la communication verbale et non-verbale, à la relation, citées par les orthophonistes interrogés, aurait tout son sens pour que les étudiants se rendent compte que l'empathie passe par une meilleure connaissance de soi et par un ajustement constant à l'interlocuteur.

- enfin, tous ces apprentissages, grâce aux enseignements théoriques, à des travaux dirigés de jeux de rôle ou d'analyses de vidéos et aux périodes de stages, permettraient de gagner du temps sur l'expérience manquante en début de carrière, grâce à une meilleure sensibilisation à l'empathie. Les nouveaux diplômés seraient plus armés, plus confiants du point de vue relationnel en commençant à travailler, comme ils le sont actuellement concernant les techniques de bilan et de rééducation.

Nous sommes conscients de la nécessité d'expérimenter la relation concrètement en rencontrant les patients, parce que l'on n'apprend pas l'empathie dans un amphithéâtre et qu'elle a une part d'inné. Pourtant nous sommes convaincus qu'une simple sensibilisation, mais officielle et bien marquée dans les programmes, suffirait à faire prendre conscience de son existence à certains, de son importance à d'autres. Les étudiants s'y frotteraient véritablement au quotidien après l'obtention de leur diplôme, avec malgré tout des difficultés, mais des éléments de cours et de travaux dirigés résonneraient sûrement et les guideraient plus vite vers la voie de l'empathie professionnelle.

4. Intérêt pour l'orthophonie

Réfléchir au concept d'empathie permet de réaliser l'importance d'un des éléments qui font la spécificité du métier d'orthophoniste: la notion d'adaptabilité, clé de l'empathie orthophonique car elle découle de toutes les autres facettes de l'empathie situées en amont: l'écoute du patient, l'observation, la disponibilité, le non-jugement, la décentration pour comprendre le point de vue de l'autre, ses besoins et la réflexion ensuite sur les adaptations adéquates. La capacité d'adaptation est la compréhension du patient incarnée dans des actes langagiers, techniques ou encore posturaux. Elle traduit la compréhension de comment un individu répond à l'agression d'une maladie ou d'une transformation de son autonomie, en s'intéressant aux

symptômes, en relation avec la construction physique et psychologique du patient. Elle définit l'empathie professionnelle car nous sommes dans le domaine du soin et rappelle que la relation d'aide s'appuie sur la rencontre toujours unique entre deux personnes, faite de l'ajustement permanent du thérapeute à son patient et qui nécessite de se remettre en question et de s'adapter aux circonstances.

La prise en compte de l'empathie en orthophonie permet aussi de réfléchir sur la conception que l'on a de son métier, sur les raisons qui nous ont conduits à l'exercer, sur les valeurs et les priorités de notre travail. C'est le sentiment que nous avons parfois eu pendant les entretiens: nous avons amené les orthophonistes à considérer leur métier à nu, sans les accessoires matériels et techniques, en faisant ressortir son essence même: la relation d'un individu à un autre.

Un autre intérêt de ce travail réside dans le fait que peu voire pas d'études explorent la dimension empathique de la relation de soin spécifiquement en orthophonie. La thématique est connue du monde infirmier ou de la psychothérapie mais n'a pas encore percé dans la recherche orthophonique, alors que la profession est riche de thérapeutes empathiques qui pourraient témoigner de leur pratique quotidienne et expliquer, grâce à leur vécu, comment se traduit leur empathie, quelle rôle elle joue dans la prise en charge, quel sens elle donne à leur travail. Les futurs orthophonistes aimeraient certainement lire des articles qui donnent à voir les enjeux et la richesse de la relation soignant-soigné.

Enfin, ce travail nous a permis de comprendre, en tant que futurs thérapeutes, l'importance de la relation qui se noue entre le professionnel et le patient dans la réussite de la prise en charge. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements de notre expérience, mais nous avons déjà pleinement conscience de la richesse humaine du métier que nous avons choisi, du rôle primordial de la subjectivité, de nos ressentis, de l'écoute et de la compréhension du patient dans la mise en place et le réajustement de notre projet thérapeutique.

Conclusion

Ce mémoire s'est donné pour objectif de présenter un état des lieux de l'empathie en orthophonie et de s'interroger sur sa qualité de compétence professionnelle. Pour cela nous nous sommes entretenus avec vingt orthophonistes de tous horizons, enseignants ou non à l'Institut de Lille, à propos de leur conception et de leur pratique de l'empathie. Le résultat de cette enquête s'avère intéressant à plusieurs points de vue. Les orthophonistes ont apprécié de se confier sur un sujet qui touche en partie à leur personnalité et qui traite de la relation humaine et professionnelle à l'autre, ce qui n'était pas toujours facile pour eux. Les conceptions de l'empathie sont diverses, en lien avec la personnalité, le mode d'exercice, les années d'ancienneté, les formations suivies. Son statut de compétence est reconnu en majorité, malgré le problème de son évaluation et de son lien avec la personnalité. Nous avons également mis à jour la contradiction apparente entre le fait que l'empathie ne figure pas actuellement dans l'enseignement de façon explicite alors qu'elle apparaît dans les grilles d'évaluation de stage. Il serait donc intéressant d'essayer de mettre en place des enseignements ciblés plus directement sur une sensibilisation à l'empathie.

Car même si l'empathie est une notion complexe liée à la subjectivité et à la personnalité du thérapeute, elle est particulièrement sollicitée quand on exerce une profession médicale ou paramédicale. Par ailleurs les témoignages des orthophonistes suggèrent que des formations et des outils existent pour en faire une compétence professionnelle consciente et réfléchie. Les prises en charge ont à y gagner en terme de relation, de meilleure adaptation aux capacités du patient. C'est ainsi un véritable outil thérapeutique qui amène les professionnels à s'interroger sur leurs manières d'être en relation.

La thématique de l'empathie touche ainsi plus largement au questionnement éthique, à travers des interrogations du type « qu'est-ce qui fonde notre pratique? », « qui suis-je en relation à autrui? », « pour qui je me prends et pour qui je le prends? », « pour quel monde je travaille? ». Car, comme l'explique Maela Paul dans son récent article sur l'accompagnement paru dans le numéro 247 de la revue *Rééducation orthophonique*, « seule l'éthique, au lieu d'interdire et de condamner, en posant l'hypothèse d'autres manières de faire, me permet de prendre position dans une situation, m'oriente et m'aide à décider comment agir » (2011, p. 66), et non les connaissances théoriques ou techniques. Ce questionnement est important et capital

et sera d'ailleurs abordé lors du 2^e Colloque Ethique en Orthophonie qui se déroulera le 8 juin prochain à Lille.

Nous terminerons par une citation tirée d'un dossier consacré à l'empathie dans la revue *Santé Mentale* et qui résume parfaitement toutes les problématiques de l'empathie soulevées dans ce mémoire et qui insiste sur la nécessité d'une formation des professionnels du soin:

« Une part de l'empathie ressentie à l'égard de l'autre semble « naturelle » et automatique. Mais en raison de la multiplicité et de la variété des rencontres qu'impliquent les professions de soin, l'empathie gagne à être développée et entraînée régulièrement, comme une compétence qui s'entretient et se perfectionne. Un tel travail permet l'amélioration de la relation thérapeutique dont on connaît l'importance sur l'efficacité de la prise en charge. L'empathie est évidemment plus facile à développer face à des contenus de pensée qui nous sont familiers. Mais c'est lorsque les pensées et les émotions de l'autre sont inhabituelles qu'elle se révèle la plus utile pour comprendre et prévoir ses comportements, ses désirs, ses émotions et ses intentions. Par ailleurs l'empathie expose à être davantage en contact avec ses propres émotions. Un travail sur soi doit donc être accompli sur le chemin de l'acceptation de ce que la rencontre avec l'autre déclenche en chacun de nous, afin d'être davantage disponible pour adopter la perspective de nos patients. L'empathie permet aussi plus d'aisance dans la relation et de découvrir la richesse de chaque patient dont nous devons prendre soin. »

Jean-Louis Monestès (2011, p 80)

Bibliographie

- AUGE M., HERZLICH C. (1984) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris: Archives contemporaines.
- BARON-COHEN S., LESLIE A. M. et FRITH U. (1985) « Does the autistic child have a « theory of mind »? » *Cognition*, 21, p 37-46.
- BATSON C. D. et al (1981) « Is empathic emotion a source of altruistic motivation », *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 2, p 290-302.
- BAUBY J.-D. (1997) *Le scaphandre et le papillon*, Paris: Robert Laffont.
- BERTHOZ A., JORLAND G. (2004), *L'Empathie*, Paris: Odile Jacob.
- BLANCHARD F. et al. (2001) « Grand âge et désorientation », *Gérontologie et société* 3, n°98, Fondation nationale de gérontologie, p 197-218. www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2001-3-page-197.htm.
DOI : 10.3917/gs.098.0197.
- BOBIN C. (2001) *La lumière du monde*, Paris : Gallimard.
- BRETIN H. « Qui choisit le métier d'orthophoniste...et comment? » in: TAIN L. *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*, Rennes: ENSP, p. 93-104.
- CUNGI C. (2011) « Alliance thérapeutique et empathie », *Santé mentale*, n°158, p. 82-87.
- DECETY J. (2004), « L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui? » in: BERTHOZ A., JORLAND G. *L'Empathie*, Paris: Odile Jacob, p. 53-88.
- DECETY J. (2005) « Une anatomie de l'empathie », *Psychologie et neuropsychiatrie cognitives*, volume 3, numéro 11.
- DECOSTER-TURFORD E. (2009) *Approche anthropologique des représentations du trouble du langage vécu par les patients et leur famille*, mémoire de Master de recherche mention Lettres françaises et étrangères, Spécialité Anthropologie.
- DECOSTER E. (2010) « L'étude des représentations de la maladie et de la guérison comme moyen de déjouer l'ambiguïté de la relation de soins: quand l'empathie devient une compétence professionnelle », Communication pour le Colloque Empathie-Autisme, Des neurosciences aux sciences sociales, La Réunion, p 1-13.
- EISENBERG N., STRAYER J. (1987) *Empathy and its development*, Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.
- FOURNIER Martine (février 2011) « Les deux lectures d'Adam Smith » *Sciences humaines Le retour de la solidarité* n°223.
- FREUD S. (1913) « On beginning the treatment: further recommendations on the techniques of psychoanalysis » in (1954) *Standard edition of the complete psychological works of sigmund Freud* Vol 12, Londres: Hoggarth Press.
- FRIARD D. (2011) « Entrée en empathie » *Santé mentale*, n° 158, p. 24-31.

- GROUSSET S. (2003) « La relation soignant-soigné » *Soins*, n° 681.
- HAAG G. (2005), « Comment les psychanalystes peuvent aider les parents autistes et leurs familles », in: GOLSE B. et DELION P. *Autisme, état des lieux et horizons*, Toulouse: Erès, coll. Carnet/psy, p. 136-137.
- LIPPS T. (1903) *Ästhetik. Psychologie des Schönen und der Kunst*, 2 vol., Hambourg et Leipzig: Leopold Voss.
- MARTIN G. B. et CLARK R. D. (1987) « Distress crying in neonates: species and peer specifically », *Developmental Psychology*, 18, p. 3-9.
- MEYER C. (2006) « Langage : entre communication et existence », in: *Chiffrer, déchiffrer, enjeux du bilan*, actes des journées d'étude, Paris, Caen, Fof, 2007, pp. 21-39.
- MIGOTTO I. (2003) *La miraculée*, Lille: Geai Bleu.
- MINNE C. (2007) *La dimension relationnelle du soin, Comment être distinct sans être distant?* Mémoire de cadre de santé, IFCS G. Daumezon, Saint André lez Lille.
- MONESTES J.-L. (2011) « S'entraîner à développer l'empathie », *Santé mentale*, n° 158, p. 76-80.
- PACHERIE E. (2004) « L'empathie et ses degrés » in: BERTHOZ A., JORLAND G. *L'Empathie*, Paris: Odile Jacob, p 149-181.
- PAO P.-N. (1984) *Therapeutic Empathy in Schizophrenia*, Empathy II, Hillsdale, Analytic Press.
- PAUL Maela (2011) « L'accompagnement, promesses et paradoxes », *Rééducation orthophonique*, n° 247, p. 53-67.
- PRAYEZ P. (2003) *Distance professionnelle et qualité du soin*, Paris: Lamarre.
- RESTOUX P. (2004) *Vivre avec un enfant différent*, Marabout.
- REY-WICKY H., VANNOTTI M. (1994) « L'empathie dans la relation de soins », *Médecine psychosomatique* 3, 23: 7-12, cité in [www.cairn.info,CTF_029_0213.pdf](http://www.cairn.info/CTF_029_0213.pdf), consultation janv 2010.
- RIZOLATTI G., FADIGA L., GALLESE V. et FOGASSI L. (1996) « Premotor cortex and the recognition of motor actions », *Cognitive Brain Research*, 3, p. 131-141.
- ROGERS C. (2002) *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris: ESF, 13^e édition.
- SMITH A. (1759a) *The theory of Moral Sentiments*, Raphael D. D. et Macfie A. L. (eds) Oxford: Clarendon Press, 1976.
- SMITH A. (1759b) *The theory of Moral Sentiments*, I,1,1, trad Biziou, Gautier, Pradeau, PUF, Quadrige, 1999.

SCHWEITZER S. (2002) *Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire du travail des femmes aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris: Odile Jacob.

TAIN L. (2007) *Le métier d'orthophoniste: langage, genre et profession*, Rennes: ENSP.

TISSERON S. (2010a), Emission « La tête au carré » sur France Inter, présentée par Mathieu Vidard le 18-11. <http://sites.radiofrance.fr/franceinter/em/lateteaucarre/index.php?id=896>

TISSERON S. (2010b) *L'Empathie au cœur du jeu social*, Paris: Albin Michel.

TORDJMANN S. (2005) « Les investigations cliniques et paracliniques dans l'autisme », in : GOLSE B. et DELION P. *Autisme, état des lieux et horizons*, Toulouse: Erès, coll. Carnet/psy, p. 210-213.

VANNOTTI M. (2002) « L'empathie dans la relation médecin – patient », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2/2002 (no 29), p. 213-237.

URL: www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm.
DOI : 10.3917/ctf.029.0213, consultation décembre 2011.

VERMEULEN P. (2011) *Autisme et émotions*, 2e édition, Bruxelles: De Boeck Université.

VILARDAGA R. (2009) « A relational frame theory account of empathy », *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5 (2), 178-184.

WIKIPEDIA, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Empathie>, consulté le 17/12/2011.

WIMMER H. et PERNER J. (1983) « Beliefs about beliefs: representations and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception » *Cognition*, 13, p 103-128.

WISPE L. (1986) « The distinction between sympathy and empathy: to call forth a concept, a word is needed », *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 2, p. 318.

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 (A3) : grille de rapport de stage utilisée jusqu'en juin 2007 en 2^e année

Annexe n°2 (A4) : grille de rapport de stage utilisée jusqu'en juin 2007 en 3^e et 4^e années

Annexe n°3 (A5) : grille de rapport de stage utilisée depuis septembre 2007 en 2^e, 3^e et 4^e années

Annexe n°4 (A6) : rappels des objectifs des stages actifs de 4^e année dans le livret actuel



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

ANNEXES

DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Camille MOREAU TAVERNE

**L'empathie: une compétence professionnelle
au service de la thérapie langagière**

Lille – 2012

Annexes

Annexe 1 : Grille de rapport de stage utilisée jusqu'en juin 2007 en 2^e année

Institut d'Orthophonie Gabriel DECROIX
59045 LILLE Cedex

Année Universitaire 200 - 200

FICHE D'EVALUATION DE STAGE DE 2^{ème} ANNEE

1^{ère} semaine

NOM, prénom, et Adresse du Maître de Stage :

.....

Population accueillie :

Type d'exercice : Libéral Structure (précisez) :

Nombre de 1/2j / semaine :

ASSIDUITE - MODALITES PARTICULIERES :

Les stagiaires sont tenus d'être présents aux stages.

Une absence non motivée par certificat médical d'une 1/2 journée entraîne une pénalité de 10 points.

Plus de 3 absences non justifiées motivent l'annulation du stage et entraînent le doublement d'année.

Si un certificat médical justifie les absences, l'étudiant sera autorisé à effectuer les 1/2 journées manquantes durant les périodes de vacances.

	Notation de zéro à 10	Observations
Motivation et intérêt		
Recherche ou utilisation des connaissances		
Adaptation à la situation		
Intégration à l'équipe/Qualités relationnelles		
Contact avec les patients et les familles		
Rapport de stage (à rendre à l'institut signé et noté)		
Ponctualité		
Total sur 70 points.....		

FAIT à.....le

Signature du maître de stage :

Cachet de l'établissement :

Annexe 2 : Grille de rapport de stage utilisée jusqu'en juin 2007 en 3^e et 4^e années

GRILLE D'EVALUATION

période du stage :

NOM et Adresse du Maître de stage :

Population accueillie :

Type d'exercice : Libéral ou Structure (précisez) :

Nombre de 1/2j /semaine :

ASSIDUITE - MODALITES PARTICULIERES :

Les stagiaires sont tenus d'être présents aux stages.

Une absence d'une 1/2 journée non motivée par certificat médical entraîne une pénalité de 10 points pour le stage concerné.

Plus de 3 absences non justifiées motivent l'annulation du stage et entraînent le doublement d'année.

Si un certificat médical justifie les absences, l'étudiant sera autorisé à effectuer les 1/2 journées manquantes durant les périodes de vacances

	Notation de zéro à 10	Observations
Motivation et intérêt		
Recherche ou utilisation des connaissances		
Adaptation à la situation		
Intégration à l'équipe/Qualités relationnelles		
Contact avec les patients et les familles		
Créativité		
Initiatives		
Capacités pré-professionnelles (rédaction d'un bilan, élaboration d'un projet thérapeutique)		
Organisation du travail		
Ponctualité		
Total sur 100 points.....		

FAIT à le

Signature du maître de stage :

Cachet de l'établissement :

Année Universitaire 200 - 200

ORTHOPHONIE 3^e

Annexe 3 : Grille de rapport de stage utilisée depuis septembre 2007 en 2^e, 3^e et 4^e années

INSTITUT D'ORTHOPÉDIE
"Gabriel Decroix"
FACULTE DE MEDECINE
59045 LILLE CEDEX

EVALUATION STAGES CLINIQUES Stages actifs de 4^{ème} ANNEE

Nom de l'étudiant :
Dates du stage : du au Nombre de demi-journées effectuées :
Lieu de stage :
Adresse :
Téléphone :
Nom du maître de stage:

GRILLE D'EVALUATION

Il s'agit pour le maître de stage d'indiquer si les objectifs ont été atteints durant le stage dans les 5 domaines présentés dans le document sur les stages cliniques (note totale sur 20).

- si les objectifs ont été atteints, noter 4 (ex. : réussit seul)
- si les objectifs sont en bonne voie d'acquisition (ex. : a besoin d'être encore aidé mais réussit la plupart du temps seul), noter 3
- si les objectifs sont en voie d'acquisition (ex. : a besoin d'être encadré et oublie parfois les conseils donnés), noter 2
- si les objectifs ne sont pas atteints (ex. : ne réussit pas, a besoin d'un encadrement constant) noter 1

Domaines évalués	Notation	Commentaires
1. Intégration dans le milieu	4 3 2 1	
2. Communication et relation d'aide	4 3 2 1	
3. Démarche clinique (évaluative et thérapeutique)	4 3 2 1	
4. Autonomie professionnelle	4 3 2 1	
5. Maîtrise de la langue	4 3 2 1	

Total : .../20

Ecrits obligatoires rendus dans les délais : oui / non Nombres d'absence non justifiées :
Note finale de stage :/20

Annexe 4 : Rappels des objectifs des stages actifs de 4^e année dans le livret actuel

INSTITUT D'ORTHOPHONIE
"Gabriel Decroix"
FACULTE DE MEDECINE
59045 LILLE CEDEX

EVALUATION STAGES CLINIQUES Stages actifs de 4^{ème} ANNEE

Rappels des objectifs des stages actifs de 4^{ème} année

Objectif général : élaborer et exécuter

<p>1. Intégration dans le milieu</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrer en relation harmonieuse avec le maître de stage et/ou l'équipe professionnelle (prise de contact et présentation)• Respecter les valeurs et les règles du lieu de stage (ponctualité, tenue vestimentaire...)• Respecter les règles déontologiques de la profession (secret médical)• Se situer par rapport aux autres professionnels intervenants auprès du patient• Echanger des informations pertinentes sur le patient avec les autres professionnels.
<p>2. Communication et relation d'aide</p> <ul style="list-style-type: none">• Accueillir le patient et/ou sa famille avec courtoisie• Décoder les informations verbales et non verbales, être à l'écoute des besoins et sentiments exprimés par le patient• S'exprimer clairement et utiliser un langage adapté en fonction de l'interlocuteur (patient, famille, groupe) et de la situation (entretien, évaluation, thérapie)• Vérifier si l'interlocuteur comprend bien et trouver les moyens pour faciliter sa compréhension• Utiliser de façon appropriée des aides telles que la reformulation, les questions ouvertes ou fermées.
<p>3. Démarche clinique (Prise en charge)</p> <p>Préparer la séance : organiser le local, déterminer les objectifs, planifier le déroulement</p> <p>3.1. Démarches d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifier l'indication du bilan• Recueillir les informations nécessaires auprès de la famille, en consultant le dossier, d'autres professionnels ou documents)• Identifier et donner priorité aux aspects à évaluer• Rechercher les méthodes d'évaluation appropriées à la problématique• Réaliser l'anamnèse• l'évaluation en respectant les règles de passation, de progression et d'organisation du bilan, en gérant le temps de façon efficace, en tenant compte des réactions du patient et en faisant preuve d'adaptabilité• interpréter l'ensemble des données recueillies au cours du bilan et formuler des hypothèses diagnostiques• analyser les besoins du patient et les suites éventuelles à proposer au bilan• formuler des recommandations appropriées et faire un compte-rendu de bilan complet structuré, clair et pertinent. <p>3.2. Démarches thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none">• mettre au point et formaliser un projet thérapeutique structuré et pertinent (objectifs, progression et moyens)• choisir les outils et les situations appropriés en fonction des objectifs fixés et des caractéristiques du patient (âge, personnalité, capacités)• réaliser l'intervention en mettant en pratique les activités et techniques professionnelles et en gérant le temps et les réactions du patient• évaluer les résultats obtenus, les interpréter et réajuster au besoin• s'adapter au patient (attitude, activités proposées) et favoriser sa participation, au besoin impliquer l'entourage• prendre des notes sur les contenus passés, présents et futurs des séances afin de documenter de façon précise le déroulement de la thérapie et l'évolution du patient.• Gérer le dossier orthophonique du patient et rédiger des rapports d'évolution structurés, clairs et pertinents.
<p>4. Autonomie professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none">• Connaître ses capacités et ses limites en tant que futur orthophoniste pour ce qui est de la démarche clinique et de la relation d'aide et de communication tout en se positionnant comme futur professionnel exerçant sous l'autorité du maître de stage• Préparer de manière active et imaginative les séances et assurer les séances en respectant les règles professionnelles (ponctualité, régularité, transparence)• Avoir une démarche d'auto-évaluation et de recherche (savoir (se) poser des questions, rechercher l'information, le